

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LASALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**



**Actitud del paciente renal frente a la necesidad de  
hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital  
Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.**

Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería

**Autor:**

**Espinoza Hidalgo, Carmen Lucia**

**Asesor:**

**Mejias Ramirez, Rosa Alicia**

**PIURA – PERÚ**

**2018**

## Indice

1. TÍTULO .....	i
2. PALABRAS CLAVES .....	i
3. RESUMEN.....	ii
4. ABSTRACT .....	iii
5. INTRODUCCIÓN .....	1
5.1 Antecedentes y Fundamentación Científica .....	3
5.1.1 Antecedentes .....	3
5.1.2 Fundamentación Científica .....	10
5.2 Justificación .....	31
5.3 Problema .....	32
5.4 Conceptualización y Operacionalización de Variables .....	35
5.4.1 Conceptualización .....	35
5.4.2 Operacionalización de las Variables .....	35
6. HIPOTESIS.....	37
7. OBJETIVOS .....	37
8. METODOLOGIA DE TRABAJO .....	38
8.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	38
8.2 Población y Muestra.....	39
8.3 Técnicas, instrumentos y fuentes de investigación .....	40
8.4 Procedimiento y análisis de la información .....	41
9. RESULTADOS.....	42
10. ANALISIS Y DISCUSION .....	50
11. CONCLUSIONES .....	53
12. RECOMENDACIONES .....	54
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS .....	59
- Instrumentos. ....	60

## INDICE TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

<b>Tabla 1:</b> Actitud del Paciente renal en la dimensión de síntomas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	42
<b>Tabla 2:</b> Actitud del Paciente renal en la dimensión de ideas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	43
<b>Tabla 3:</b> Actitud del Paciente renal en la dimensión de posibles causas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	44
<b>Tabla 4:</b> Necesidad del Paciente renal en la dimensión de conocimientos relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	45
<b>Tabla 5:</b> Necesidad del Paciente renal en la dimensión de tratamiento relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	46
<b>Tabla 6:</b> Necesidad del Paciente renal en la dimensión de higiene y cuidado relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018. ....	47
<b>Tabla 7:</b> Actitudes de los pacientes renales frente a la necesidad de la hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018. ....	48
<b>Tabla 8:</b> Pacientes renales frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018.....	49
<b>Gráfico 1:</b> Actitud del Paciente renal en la dimensión de síntomas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	42
<b>Gráfico 2:</b> Actitud del Paciente renal en la dimensión de ideas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	43
<b>Gráfico 3:</b> Actitud del Paciente renal en la dimensión de posibles causas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	44
<b>Gráfico 4:</b> Necesidad del Paciente renal en la dimensión de conocimientos relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	45
<b>Gráfico 5:</b> Necesidad del Paciente renal en la dimensión de tratamiento relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.....	46
<b>Gráfico 6:</b> Necesidad del Paciente renal en la dimensión de higiene y cuidado relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018. ....	47
<b>Gráfico 7:</b> Actitudes de los pacientes renales frente a la necesidad de la hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018. ....	48
<b>Gráfico 8:</b> Pacientes renales frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018.....	49

## **1. TÍTULO**

Actitud del Paciente Renal frente a la Necesidad de Hemodiálisis como parte de su Tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura 2018.

## **2. PALABRAS CLAVES**

Actitud	: Attitude
Necesidad	: Necessity
Insuficiencia Renal Crónico	: Chronic Renal Insufficiency.

## **LINEAS DE INVESTIGACION**

Salud Pública

### **3. RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la actitud del paciente renal frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018. El estudio será de tipo básica, método descriptivo correlación, la población estuvo conformado por 160 pacientes renales del Hospital; la muestra con un margen de error del 5% será de 113 pacientes renales a los cuales se aplicaran criterios de inclusión y exclusión; la recolección de datos se realizará mediante la técnica de la encuesta utilizando un cuestionario debidamente validado. Se utilizó el programa estadístico SPSS V. 23, para lo cual los datos fueron tabulados, en frecuencias y porcentajes.

Se dio como resultado que en la actitud en la dimensión de síntomas sobre IRC se obtuvo un resultado favorable con 34 (35.4%), en la dimensión ideas sobre IRC fue favorable con 50 (44.2%), en la dimensión de posibles causas sobre IRC con 53 (46.9%). Con respecto a la necesidad frente al tratamiento tenemos que en la dimensión de conocimiento tenemos resultado favorable con 59 (52.2%), en la dimensión tratamiento fue favorable con 48 (42.5%), en la dimensión de higiene y cuidado con 36 (31.9%). Con respecto a la actitud y la necesidad de los pacientes renales frente al tratamiento tenemos que fue favorable con 48 (42.2%).

Se concluye que la actitud y la necesidad de los pacientes renales frente al tratamiento en el hospital Jorge Reátegui Delgado fueron favorable.

**Palabras clave:** Actitud, Necesidad, Insuficiencia Renal Crónica.

#### **4. ABSTRACT**

The objective of the present investigation was to determine the attitude of the renal patient in relation to the need for hemodialysis as part of his treatment at the Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2018. The study will be of a basic type, descriptive correlation method, the population was made up of 160 renal patients of the Hospital; the sample with a margin of error of 5% will be 113 renal patients to whom inclusion and exclusion criteria will be applied; Data collection will be carried out using the survey technique using a duly validated questionnaire. The statistical program SPSS V. 23 was used, for which the data were tabulated, in frequencies and percentages.

The result was that in the attitude in the dimension of symptoms on CRI a favorable result was obtained with 34 (35.4%), in the ideas dimension on CRI it was favorable with 50 (44.2%), in the dimension of possible causes on CRI. with 53 (46.9%). Regarding the need for treatment we have that in the knowledge dimension we have a favorable result with 59 (52.2%), in the treatment dimension it was favorable with 48 (42.5%), in the dimension of hygiene and care with 36 (31.9%) . With respect to the attitude and the need of renal patients with regard to treatment, we have been favorable with 48 (42.2%).

It is concluded that the attitude and the need of renal patients in the Jorge Reátegui Delgado hospital treatment were favorable.

**Key words:** Attitude, Necessity, Chronic Renal Insufficiency.

## 5. INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de éstas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otras. (Gomez M., 2000)

Hasta la aparición de las técnicas de sustitución de la función renal, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) era un proceso irreversible y terminal en un plazo relativamente corto y sólo a partir de la década del 60 con el uso de distintos métodos como hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DPCA) y por último el trasplante renal, se logró conservar la vida de estos pacientes. El desarrollo de las técnicas dialíticas ha producido un efecto mayor sobre la duración de la sobrevida de estos pacientes. Sin embargo, en sistemas cada vez más influenciados por el aspecto económico y el alto costo de los tratamientos, en algunas oportunidades se pone en duda la justificación de los mismos y queda aún pendiente dilucidar su verdadero impacto sobre otro aspecto fundamental como es la calidad de vida del paciente con IRC terminal. Como consecuencia existe un interés creciente en el desarrollo de metodologías para cuantificar el efecto tanto de la patología, como de las medidas terapéuticas aplicadas sobre esta calidad de vida. Estas metodologías varían desde aquellas basadas en la apreciación objetiva de un observador externo, hasta las que toman en cuenta al paciente como fuente subjetiva del impacto provocado por la enfermedad en su vida cotidiana. Esta última forma, en la cual el propio paciente es la fuente de información, se considera hoy como la verdaderamente válida. Los resultados deben ser reproducibles, sirviendo para hacer comparaciones en distintos tiempos, momentos y lugares. (Arenas M., 2006)

El paciente con Insuficiencia Renal Terminal en Diálisis, suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no

sólo le afectan a él, sino a toda su familia. Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares. Es muy importante saber que es posible desarrollar nuevas capacidades y habilidades que permitan lograr una mejor calidad de vida. Así como también es posible obtener ayuda para asumir la enfermedad y su tratamiento. La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) (Iborra M., 1998).

Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su Calidad de Vida en general (Zanoguera G., 1998).

En esta investigación se pretende conocer las características personales y la actitud que tienen los pacientes renales sometidos a tratamiento con Hemodiálisis, ya que para el profesional de Enfermería otorgue calidad de Vida al paciente, pues le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias, actitudes, necesidades, percepciones. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando.

La labor de la Licenciada de Enfermería debería centrarse en ayudar a los pacientes renales a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tiene en relación con su salud y así determinar las orientaciones de valor para cada uno de ellos.



## **5.1 Antecedentes y Fundamentación Científica**

### **5.1.1 Antecedentes**

#### **Internacionales**

Arenas M, (2006) titulado “Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en Hemodiálisis” cuyo objetivo del estudio fue analizar el grado de dependencia funcional, en 10 unidades de HD ubicadas en la Comunidad Valenciana, Andalucía y Castilla-León en España. El método utilizado fue descriptivo-transversal a 586 pacientes dializados en abril de 2005. Para valorar el grado de dependencia se utilizó el «Test Delta». El estudio busco medir el grado de dependencia, como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona, clasificándola en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa. Y así mismo valorar la deficiencia física y psíquica, si son independientes entre sí y sirven para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen físico y/o dependencia de origen psíquico). Los resultados fueron que el 45,6% de los pacientes presentaba algún tipo de dependencia (un 12,8% en grado moderado y un 8,1% en grado severo). El análisis por sub-escalas mostró una Deficiencia física moderada-severa en el 19,6%, y en el 6,7% una Deficiencia psíquica. El grado de dependencia variaba significativamente de unas unidades a otras (0%-59,8%), y según áreas geográfica. La edad y el índice de comorbilidad mostraron asociación estadísticamente significativa con el grado de dependencia, de modo que a mayor edad, mayor grado de dependencia, sin embargo el tiempo de permanencia en hemodiálisis no mostró asociación. Los aspectos evaluados en el Test Delta que mostraron mayor puntuación fueron los relacionados con la movilidad del paciente. Los requerimientos de ayuda se deben fundamentalmente a falta de autonomía en la movilidad por alteraciones del aparato locomotor y, en menor medida, a trastornos de conducta. En conclusión, se tuvo que los centros de hemodiálisis están atendiendo a pacientes con un importante grado de dependencia, por lo que deben ser periódicamente valorados. La existencia de parámetros que de manera objetiva permitan valorar tales circunstancias, hacen aconsejable aprobar un instrumento de valoración común, que sea sencillo, universal y rápido en la valoración y que, además, pueda adaptarse a las necesidades cambiantes de la población a la que va

destinado. El presente estudio nos refuerza con respecto a la importancia de la valoración de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis y que el perfil actual de la población que inicia HD tiene implicaciones, no solo en lo referente a la comorbimortalidad, sino también a otros aspectos funcionales y de estructura de las unidades, dada la necesidad de ayuda que requieren estos pacientes. Así mismo demuestran en su estudio que el estado funcional de los pacientes en programa de hemodiálisis empeora con la edad y la comorbilidad; además, los pacientes ancianos presentan con mayor frecuencia depresión y deterioro de su capacidad cognitiva y física, la edad se ha correlacionado con peor estado nutricional y consecuentemente con peor estado funcional en estos pacientes. Cuando se usan medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), con puntuaciones estandarizadas según edad y sexo de la población general, la CVRS de los pacientes ancianos en hemodiálisis no se ve afectada en la misma magnitud que las de los pacientes más jóvenes. No obstante, el mantenimiento de autonomía funcional es, entre otros, uno de los factores clave que determinan el bienestar de los pacientes ancianos en diálisis y, por tanto, la evaluación de su grado de dependencia es importante, no solo a la hora de valorar los recursos a asignar sino por ser una medida indirecta de su CVRS. Todo esto refuerza la necesidad de valorar la capacidad de autocuidado de los pacientes que reciben hemodiálisis en nuestro centro asistencial. Al igual que en nuestra revisión coinciden en que en la actualidad existen pocos estudios que evalúen la capacidad funcional del paciente en hemodiálisis. También hace la utilización de un instrumento existente ya validado como el Test Delta, así hace mención a otros instrumentos que nos orientan que se pueden utilizar para valorar estado funcional en la dimensiones biopsicosociales como la escala de Barthel, índice de Kazt, etc.

Rivera L., en año 2006, realizó un estudio titulado “Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas” en Bogotá - Colombia. El objetivo del trabajo fue describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con HTA para realizar actividades de cuidados hacia si mismo; utilizó el diseño descriptivo, con abordaje cuantitativo que le permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en una Clínica de Bogotá, mediante el empleo de la escala ASA “Apreciación de la agencia de Autocuidado” de Evers e Isenberg. Sus resultados

demostraron que el 53% de los pacientes tuvieron deficiente capacidad de agencia de autocuidado en tanto el 47% presentaron suficiente capacidad de agencia de autocuidado. En cuanto a los ítems del instrumento de ASA que obtuvieron más altos puntajes se encontró que los participantes presentaron capacidades para: máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas al cuidado. Las conclusiones a que llegó fueron que el cuidado de las personas hipertensas es un reto para el personal de salud y la comunidad; los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantenerse por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta”. El presente estudio nos aporta fundamentos que refuerzan la investigación realizada, considerando que es necesario evaluar la capacidad que tiene el individuo para afrontar y tomar decisiones sobre su salud en su cuidado. Esto implica la necesidad de la creación de programas que promuevan el autocuidado en las personas basados en la teoría del déficit de autocuidado de Orem.

Landeros y Gallegos C. (2005), publica un estudio “Capacidades de Autocuidado y Percepción de Salud en Adultos con y sin Obesidad” México. Tuvo como propósito identificar si las capacidades de autocuidado y la percepción del estado de salud eran diferentes en dos subgrupos uno con sobrepeso u obesidad y otro con peso normal. El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional, transversal, de muestreo aleatorio; los instrumentos utilizados fueron dos escalas existentes, la primera que midió capacidad de autocuidado (instrumento fue tomado de una investigación inédita por el autor Gallegos E. Validación de la escala: Capacidades de autocuidado con población mexicana; 1999). El segundo instrumento utilizado fue por medio del MOS- SF (Medical Outcome Study-Short Form) dirigido a valorar la salud funcional, bienestar y salud global. La población de estudio estuvo constituida por 128 sujetos mayores de 18 años, de ambos sexos con residencia en el área geográfica económica B, perteneciente a la ciudad de México. Los hallazgos más relevantes evidenciaron que las capacidades de autocuidado y la percepción del estado de salud, no son diferentes en personas adultas con y sin obesidad. Este resultado ha confirmado la relación sustentada teóricamente por Orem de que los factores condicionantes básicos influyen en el desarrollo y operación de las capacidades de autocuidado a la salud de las personas. Otro aspecto que rescatamos

del presente estudio, es que ha sido realizado en poblaciones con padecimientos crónicos y sanos. Esta investigación buscó la explicación del porque las personas no modifican su forma de vida, se basó en los conceptos de capacidades de autocuidado y factores condicionantes básicos de la teoría del déficit de autocuidado de Orem. Éste trabajo fue importante para el estudio porque se relaciona con la misma variable de estudio, orientando y afirmando la importancia de la evaluación de la capacidad de autocuidado de los individuos como agentes de autocuidado para atender diferentes requisitos necesarios para mantener la vida, la salud y el bienestar basados en la teoría de Orem.

Contreras y Cols, (2002), realizaron el estudio de investigación titulado “Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Córdoba-España. Análisis de sus necesidades, cuyo objetivo fue detectar el grado de dependencia de los pacientes dializados en la unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba y su repercusión en la necesidad de cuidados de enfermería, el estudio fue descriptivo transversal a los pacientes en hemodiálisis hospitalizados entre los meses Noviembre – Diciembre del 2002. La población estudiada estuvo constituida por 38 pacientes, 19 hombres y 19 mujeres que llevaban 84 meses de diálisis, con un rango de edad de 21 a 78 años y 13 pacientes eran diabéticos. De las 14 necesidades básicas (V. Henderson) considera a aquellas que más pueden influir en la necesidad de cuidados de enfermería son aquellas relacionadas con: (comer y beber, eliminación, movilización, vestido e higiene) Estas cinco necesidades se analizaron en función de que los pacientes fueran independientes o dependientes, para satisfacerlas o realizarlas por sí mismos. Teniendo en cuenta que en el adulto se considera independencia la consecución de un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades mediante acciones apropiadas que el sujeto realiza él mismo sin ayuda de ninguna otra persona; y dependencia la incapacidad del sujeto para adaptar comportamientos o realizar por sí mismo, sin ayuda de otra persona, las acciones susceptibles de permitirle un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. La dependencia se analizó globalmente en cada una de las necesidades estudiadas y separadas por grupos de edad. Se estudió también el acceso vascular, la necesidad de ayuda para moverse, se realizó una entrevista estructurada al paciente o cuidador familiar y en el conocimiento que tenían de los cuidados con respecto hacer frente su

enfermedad. Como principales conclusiones, se tuvieron que las dependencias que presentan los pacientes dializados en la unidad hospitalaria, confirman que se ha producido un incremento cuantitativo y cualitativo de cuidados para dar respuesta a las necesidades que estos presentan. Paralelo al incremento de los cuidados, apareció un aumento del tiempo que enfermería dedica a la aplicación de los mismos, aunque esta variable no se ha medido en este estudio. Los pacientes de edad igual o superior a 60 años con patología crónica, presentan mayor grado de dependencia, por lo que los cuidados deben plantearse de forma individualizada en el paciente anciano y adaptados a su situación. Hay que reevaluar el ratio enfermera/paciente, comúnmente aceptado, pues el paciente actual en HD hospitalaria, presenta unas dependencias que derivan en mayor necesidad de dedicación de enfermería, lo que sin duda debe abrir nuevas líneas de investigación. El presente estudio nos permite conocer la necesidad de cuidados de enfermería a considerar en el paciente en diálisis, de acuerdo al perfil actual del paciente en hemodiálisis; así como fortalecer la necesidad de considerar en el estudio las necesidades de la vida cotidiana o básicas como elemento fundamental en la valoración de la capacidad de autocuidado en el paciente que recibe hemodiálisis.

Veronessi M., (2004), realizó el estudio de investigación titulado “Cumplimiento de las pautas alimentarias en los pacientes con Insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis” Argentina cuyo objetivo fue evaluar el cumplimiento de las pautas alimentarias en un grupo de pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, que concurre a la clínica Fresenius Medical Care Avellaneda en el periodo que abarco Diciembre 2003 a Febrero del 2004. El método empleado fue a través de un estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo. Las conclusiones fueron que el paciente con IRC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis debe construir un proceso de cambio para adaptarse y adherirse a la terapia nutricional que le ofrezca una mejor calidad de vida. Para esto es preciso un proceso de aprendizaje que involucre cambios de conductas orientados a reconocer los aspectos a modificar, apropiarse de los recursos y trazar estrategias para lograrlos. Entonces para poder generar cambios de conductas primero se deberá evaluar al paciente en los conocimientos, hábitos alimentarios, condición socio económico, etc. Para poder exigir o pedir el

cumplimiento de determinadas pautas alimentarias en su nuevo estilo de vida. Los aspectos importantes que se rescatan del estudio para la presente investigación son: el marco teórico para la elaboración del instrumento de valoración de conocimiento en la dieta alimentaria que debe asumir el paciente con IRC con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en su autocuidado, y la importancia de la valoración de la capacidad de autocuidado del paciente con IRC para elevar o mejorar su calidad de vida. Al respecto se deduce que algunos factores como las condiciones biosociales, como conocimiento de la enfermedad y de ciertas prácticas de salud, pueden influir en la calidad del autocuidado; así mismo, estudios estiman que el incumplimiento a la restricción de dieta y líquidos entre otros cuidados que son llevados en forma inadecuada, altera la calidad de vida del paciente renal.

### **Nacionales**

Cieza J. y Loza C. (1996) Evaluación de la calidad del servicio de hemodiálisis según edad y etiología diabética- Lima. Objetivo: Determinar la calidad de atención de salud en centros de hemodiálisis considerando la mortalidad, edad de los pacientes y etiología. Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo incluyendo a todos los pacientes tratados durante 1993 en 7 de los 18 centros de hemodiálisis en Lima (Perú). Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, etiología (diabético o no diabético), frecuencia y duración de las hospitalizaciones y condición del paciente al final del estudio. Resultados: La edad promedio de los 521 pacientes evaluados fue de  $49 \pm 15,3$  años. El 57,8% eran de sexo masculino y el 29,5% pacientes mayores de 60 años. La nefropatía diabética fue la etiología en el 13% de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Los resultados fueron expresados en pacientes-año en riesgo (PAR). La tasa de fallecidos encontrada fue 0,115/PAR; la tasa de trasplante, 0,078, y la tasa de perdidos en el seguimiento, 0,264/PAR. Las tasas encontradas variaron entre los centros y estuvo asociada a la proporción de pacientes diabéticos y mayores de 60 años. Usando un modelo matemático, se determinó una tasa de mortalidad ajustada considerando las tasas de perdidos en el seguimiento y de trasplante. Ello permitió calcular la tasa de mortalidad observada (TMO) considerando las características de los pacientes tratados en cada centro de hemodiálisis y la tasa de mortalidad esperada (TME) para cada centro de hemodiálisis considerando las características del universo de

pacientes estudiados. En base a estos valores se calculó el rendimiento (TMO/TME) para cada centro. El rango del rendimiento fluctuó entre 2,96 y 0,48 para el mejor y el peor centro de hemodiálisis, respectivamente. Conclusiones: La calidad de la atención de salud en los centros de hemodiálisis puede ser evaluada objetivamente evaluando las tasas de mortalidad ajustadas para cada centro

Espinoza M., en Lima, 2002, titulado “Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tiene los pacientes colostomizados que asisten a la consulta externa de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” cuyo objetivo fue identificar los conocimientos sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del HERM., el propósito del estudio fue generar información para que el personal de enfermería que labora en el programa de atención integral a los pacientes colostomizados, innove la metodología educativa, estructurando programas educativos individuales y colectivos para fortalecer los conocimientos y las practicas alimentarias, cuidados de la colostomía, etc. El método empleado fue descriptivo de corte transversal, la población estudiada fueron 150 pacientes colostomizados que acudían al consultorio de enfermería, las conclusiones en relación a los conocimientos sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta externa de enfermería es que de 60(100%) el 20% no conocen, y en relación a las prácticas de autocuidados de 100% el 30% realizan prácticas inadecuadas. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 96 pacientes en diálisis de un centro de Tarragona. Para hacer la valoración de la Calidad de Vida se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y se comparó con los valores normales de referencia de la población española. Se valoran los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, profesión, lugar donde vive, tiempo que tarda en llegar al centro de diálisis, transporte utilizado, tiempo que lleva en tratamiento y por último el acceso vascular. Se llegó a la conclusión de que la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica, es peor que la población de referencia en todas las dimensiones. Se realizó un estudio longitudinal en un total de 136 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, de EsSalud Arequipa, Perú (2006); utilizando el cuestionario SF-36 para valorar la calidad de vida, obteniendo como resultados principales, que un 50% de los participantes, de acuerdo a las puntuaciones, manifestaron una baja calidad de vida. En un estudio en

cuatro centros de diálisis de la ciudad de Lima-Perú (2011), acerca de la relación entre un locus de control de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de 100 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en el que empleó el cuestionario SF-36, encontrando que los puntajes obtenidos variaron entre 41 y 61.3, que se encontraron por debajo del promedio, concluyendo que la calidad de vida es baja en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

### **5.1.2 Fundamentación Científica**

#### **Actitud Del Paciente Renal**

La activación de este síndrome de adaptación general está intrínsecamente asociada a las secreciones hormonales, especialmente a los corticosteroides, que son aliadas de la depresión inmunológica. Ya en el principio de su enfermedad, el paciente renal experimenta y reacciona a un estrés básico inherente a su enfermedad, a diferencia de otros pacientes con otras patologías. Lo que lo hace diferente es la magnitud de la duración de su estrés, originado en la incertidumbre de su pronóstico y en el que las pérdidas reales y temidas son numerosas (Bingaman, 1980; Kaplan De- Nour, 1984).

Al iniciar un programa de hemodiálisis periódica, muchos pacientes presentan diferentes patrones de ajuste (Menzies & Stewart, 1968). La primera etapa (Kaplan-De-Nour, 1984) es la luna de miel con la máquina, momento en el cual la enfermedad renal está en un proceso avanzado y el paciente se encuentra severamente urémico y confuso. Desde las primeras sesiones, el paciente demuestra euforia por la mejora sintomática, como lo expresa JC, paciente de sexo masculino, de 48 años de edad y quien presentó insuficiencia renal de modo insidioso: “Este fue un segundo chance de vivir, es como si hubiese nacido de nuevo. Es una diferencia como de la noche al día.

Este es un período marcado por la mejoría física y emocional que viene acompañado por una positiva necesidad de vivir bien, de confianza en la vida y de felicidad. Esta fase se inicia una o dos semanas después de la primera sesión de hemodiálisis y su duración varía de seis semanas a seis meses. Es común que el paciente acepte su entera dependencia de la máquina, de los procedimientos y de los profesionales que lo atienden y, por consiguiente, demuestre gratitud y cooperación.



Independientemente de ese aspecto se encuentran, en mayor o menor grado, intensos episodios de ansiedad relacionada con el tratamiento (Reichman & Levy, 1972; Menzies & Stewart, 1968; Bingaman, 1980; Kaplan De-Nour, 1984).

Al final de la luna de miel le sigue un período de desencanto y desánimo. En algunos pacientes ese cambio ocurre gradual y lentamente; en otros, es más abrupto. Los sentimientos de satisfacción, confianza y expectativas disminuyen o, incluso, desaparecen. Cuestiones previas, que hasta entonces eran evitadas, empiezan a aparecer cuando las demandas reales como empleo, familia y responsabilidades económicas disipan la euforia inicial: “¿cuánto tiempo?”, “¿qué sucederá si paro?”

Los sentimientos de desamparo y tristeza dominan a los afectos durante este período y frases como: “¿cuánto tiempo voy necesitar la hemodiálisis?” serán remplazadas por: “¿cuánto tiempo de vida tengo?”, “¿puedo trabajar?”, “¿cómo podré cuidar a mi familia?” (Reichman, Levy, 1972; Kaplan De-Nour, 1984).

Las personas con enfermedades agudas pueden sufrir pérdidas temporales de empleo, pero en el caso del enfermo renal, mientras se estabiliza tanto física como emocionalmente en su cronicidad, puede ser diferente. En algunos casos, no volverá a ser como antes y, muchas veces, es improbable que retorne al mismo tipo de trabajo que realizaba. Algunos estudios muestran la rehabilitación del paciente renal crónico como algo difícil de lograr (Cieza, Estremadoyro & Tenório, 1995).

### **El Autocuidado en el Paciente con tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis periódica.**

Galache, (2004) menciona que los pacientes con ERC presentan un perfil clínico general, con múltiples patologías asociadas por su enfermedad, con afectación de su condición general y con manifestaciones clínicas. El tratamiento de hemodiálisis implica en el paciente que mantenga una permanencia prolongada e indefinida a este tratamiento, lo que conlleva a un cambio total en su estilo de vida en la que él deberá desarrollar su auto cuidado, con un empoderamiento en su propio bienestar.

Un concepto relacionado al autocuidado y que se introduce en el estudio es el término hoy empleado de “Empoderamiento” donde Rodríguez, (2001) dice que:

empoderamiento o autonomía individual es el proceso de otorgar poder a las personas a participar en su propia toma de decisiones para realizar responsabilidades asignadas o encomendadas. Es así que este concepto puede orientarse a la otorgación de poder al paciente en su propio cuidado con la finalidad de cumplir con responsabilidades encomendadas para mantener su organización que es su propio organismo. Así mismo otro concepto de autocuidado consiste en “acciones que permiten mantener la vida y la salud, no nacen con el individuo, sino que deben aprenderse. Dependen de las costumbres, las creencias y las prácticas habituales de grupo al que pertenece el individuo. El autocuidado permite a la persona y a su familia tomar la iniciativa y funcionar efectivamente en el desarrollo de sus propias potencialidades. Todo usuario con ERC debe alterar su vida para sobrevivir y cuando recibe hemodiálisis mucho más. Por ello es que debe aprender y realizar algunas actividades para cuidar de sí mismo. Lo más importante es que las efectúe con las modificaciones que le impone la enfermedad, lo que permitirá sentirse mejor y más independiente, le proporcionará más seguridad al proporcionarse su propio cuidado y le ayudará a prevenir complicaciones.

Las guías recomiendan que el autocuidado deba ser incorporado en el plan terapéutico en la enfermedad renal<sup>26</sup>. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Carta de Ottawa para la promoción de salud, define el fomento del autocuidado como uno de los ejes principales, en la atención a la salud de las personas, incluyendo la potenciación de la autoevaluación y de la ayuda mutua. Dorothea Orem definió el autocuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar". Según Orem el autocuidado contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humano, dichas acciones no nacen con el individuo, sino que deben aprenderse. Dependen de las costumbres, las creencias y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo. Todo paciente con enfermedad renal crónica debe modificar su vida para adaptarse a la enfermedad. Por ello debe aprender y realizar algunas actividades para cuidar de sí mismo. El autocuidado se convierte en un elemento fundamental de promoción de calidad de vida ya que permite al ser humano ejercer su autonomía, decidir sobre su

propio bienestar y participar activamente en acciones que mejoren las condiciones en que se desenvuelve.

Fernández, (2001) menciona que los pacientes con enfermedades crónicas requieren contar con un repertorio de conocimientos y habilidades que les permita modificar su estilo de vida con el menor costo emocional y físico. El identificar, determinar, conocer que necesita saber, saber hacer y las habilidades desarrolladas por el adulto con enfermedad crónica ambulatoria permitirán una intervención profesional oportuna y eficaz para incrementar la adherencia al tratamiento. El autocuidado del paciente del paciente renal en hemodiálisis estará en función con los efectos de la enfermedad , debiendo tener en cuenta los cuidados relacionados con los problemas de salud por la enfermedad que afectan algunos órganos y sistemas como los cardiovasculares, digestivos, neurológicos, músculo esqueléticos, endocrinológicos, hematopoyéticos, etc., los cuales para su sostenimiento, control y manejo requieren no solo de la intervención del profesional de salud, sino que responde al autocuidado de la persona con una intervención efectiva del mismo paciente los cuales corresponden a seguir con el régimen terapéutico estricto, con administración farmacológicas, cumplimiento del tiempo y periodicidad del tratamiento de sustitución renal, cumplir el régimen nutricional indicado, mantenimiento, cuidado y seguimiento del acceso vascular ; control, manejo y prevención de complicaciones por urgencias dialíticas, etc. Galache, también señala algunos aspectos relacionados con los efectos de la enfermedad renal sobre las necesidades básicas de la vida diaria del paciente necesarias para garantizar su propio autocuidado y que deben ser consideradas para establecer un diagnóstico de enfermería eficaz y oportuna, así tenemos:

- **Necesidad de alimentación/ hidratación:** Manejo ineficaz del régimen alimenticio R/C restricciones hídricas y dietéticas, percepción subjetiva de la gravedad y/o falta de conocimientos del cuidado, excesivo aumento de peso entre hemodiálisis, HTA, edemas. Alteración de la nutrición por defecto R/C anorexia, náuseas, pérdida del gusto, vómitos y/o dieta poca apetitosa y sabor metálico en la boca.

- **Necesidad de Eliminación:** Limitación física que impide dirigirse al baño para satisfacer necesidad de eliminación, y/o Estreñimiento R/C restricción de líquidos, inmovilidad; y/o incontinencia fecal o vesical.
- **Necesidad de Movilización:** Intolerancia a la actividad R/C alteraciones músculo esqueléticas por pérdida de consistencia ósea, debilidad generalizada R/C con la anemia, desmineralización del hueso secundaria a la disfunción renal.
- **Necesidad de Higiene:** Sistema inmunológico disminuido, predispuesto a retención de pigmentos (urocromos), infecciones dérmicas, y con frecuencia aparecen equimosis y hematomas como expresión de trastornos de la coagulación. Por último el prurito urémico, por el depósito en la piel de sales cálcicas en el curso del hiperparatiroidismo secundario. Todo hace que la piel y anexos deben mantener su integridad y limpieza.
- **Necesidad de Vestido:** El paciente debe ajustar este autocuidado R/C con los cambios estructurales por la sobrecarga hídrica entre periodos intradialíticos, así como por la predisposición a enfermedades respiratorias agudas, y el cuidado del acceso vascular.

El cuidado del paciente renal debe ser integral, sus cuidados deben estar dirigidos tanto a las intervenciones derivadas de los diagnósticos de enfermería como de los problemas de colaboración, debemos potenciar el autocuidado, darle soporte emocional y enfatizando en una educación sanitaria sistemática tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo.

#### **Aspectos en considerar en el autocuidado del paciente con ERC con tratamiento de Hemodiálisis regular:**

La alimentación debe ser equilibrada, controlada pero suficiente de proteínas, minerales y agua que no pueden ser eliminados por el riñón (sodio, potasio, líquidos) calorías de acuerdo a las necesidades de cada paciente. El paciente debe asumir un adecuado manejo, control y restricción de algunos componentes minerales y nitrogenados para mantener una adecuada calidad de vida y prevenir problemas

relacionados con la desnutrición, agudizar los cuadros de hipertensión arterial (sodio), cardiovascular y neuromuscular (potasio), etc.

Así los alimentos desaconsejados en la dieta con restricción de sal: carne, salada, ahumada y curadas, pescados ahumados y secados, crustáceos, moluscos, caviar, embutidos, quesos salados, aceitunas, sopas de sobres, purés instantáneos, cubitos de caldos, conservas en general, frutos salados (aperitivos).

El sodio, es un componente de la sal de mesa, es el responsable de las subidas de tensión arterial, del aumento de peso y de la hinchazón de piernas, cara y ojos, por lo que este componente debe ser restringido su consumo y controlado.

El potasio, es una sustancia necesaria para un correcto funcionamiento del sistema nervioso y muscular. Entra en el organismo con los alimentos y al no poder ser eliminados por el riñón, se acumula en la sangre pudiendo provocar alteraciones en la actividad en la actividad muscular sobre todo a nivel del corazón. El control del potasio es imprescindible para evitar entre las sesiones de diálisis la hiperpotasemia y sus graves consecuencias que pueden llegar hasta el paro cardíaco y la muerte. Aunque el potasio se encuentra prácticamente en todos los alimentos, el paciente en diálisis debe conocer sobre todo que los alimentos que contiene mayor cantidad o son ricos en potasio son las frutas y verduras.

Los alimentos con alto contenido en potasio que se debe evitar son: Frutos secos (higos, almendras, avellanas, maní), leches en polvo, legumbres secas, todas las menestras como garbanzos, lentejas, derivados del cacao, chocolates, papas fritas, puré instantáneo, tomate concentrado, Frutas: plátano, uva, albaricoque (mayor cantidad de potasio, mandarinas, manzana, pera sandía, fresa, ciruela de lata, melocotón, limón (mediana cantidad de potasio) verduras: pepino, lechuga, guisantes congelados, espárragos de lata sin líquido, cebolla, etc.

Los cuidados que debe conocer el paciente en diálisis en la preparación de sus alimentos son: una de las formas de poder consumir las verduras y hortalizas es reduciendo su contenido de potasio, y es a través de los cuidados que se practican en su preparación como son poniendo estos alimentos en contacto con el agua dejándolas en remojo como mínimo tres horas, cambiando el agua varias veces, Si

las verduras y hortalizas son para cocer, se le dan unos hervores con abundante agua eliminando esta antes de ser cocinados. La verdura congelada pierde potasio si se deja descongelar a temperatura ambiente. La fruta cocida tiene aproximadamente la mitad de potasio que la fruta fresca dado que la otra mitad se encuentra disuelta en el líquido de cocción. Este almíbar no lo deben beber, pero si puede comer la fruta. Las conservas pierden potasio en su elaboración pero no se debe beber el almíbar o jugo que la contiene. Las carnes pierden la mitad de potasio si se desecha el agua de cocción. No utilizar levaduras para los rebozados y repostería, tiene mucho potasio.

El fósforo ingerido con los alimentos se acumula en la sangre e indirectamente es responsable a través de mecanismos hormonales de la afectación de los huesos y del prurito (picazón). El exceso de fósforo es difícil de controlar mediante la alimentación, por eso el nefrólogo prescribirá medicamentos para disminuir las cifras de fósforo en la sangre pero además es necesario que el paciente conozca los alimentos ricos en fósforo y considerar los cuidados a tener cuando sus valores del mismo estén elevados: Leche y derivados: queso, yogurt, flanes; pescados azules: sardinas, anchoas, gambas, yema de huevo, pan integral, chocolate, frutos secos, piñón, coco, nueces. Hay un grupo de alimentos cuyo consumo no está limitado en hemodiálisis, son los hidratos de carbono, que son la principal fuente de energía de nuestro organismo. Todos los seres humanos necesitan energía para realizar las funciones del cuerpo y al no estar limitados en la hemodiálisis salvo si el paciente es diabético, es recomendable que se consuman todos los días.

### **Higiene Personal**

Se recomienda ducha diaria. Es muy importante que antes de iniciar la sesión de diálisis proceda al lavado del brazo de la fístula así como de las manos con desinfectante, utilice ropa holgada lavándola y cambiándola diariamente para evitar posibles complicaciones por manchas de sangre, sudor y desinfectante. El cuidado de la piel para evitar o mejorar la picazón, utilizar jabones neutros e hidratar posteriormente con cremas. No es aconsejable el uso de perfumes o colonias que resequen la piel. Para evitar lesiones al rascarse se mantendrán las uñas cortas y limpias.

## **Cuidado del Acceso Vascular**

Para poder realizar la hemodiálisis se necesita un acceso vascular a través del cual llevaremos la sangre del paciente a la máquina de diálisis. Este acceso vascular puede ser temporal catéter en una vena central yugular, subclavía o femoral o definitivo llamada fístula arteriovenosa (FAV).

- Cuidados del acceso vascular temporal: el paciente tendrá en cuenta los siguientes cuidados con el catéter:
- Deberá mantener una higiene personal escrupulosa para evitar posibles infecciones, puede ducharse con precaución, manteniendo la zona de implantación y el catéter protegidos con un apósito impermeable.
- Mantendrá siempre tapado el orificio de inserción del catéter.
- Comunicará a las enfermeras que le atienden la aparición de dolor o calor en la zona de inserción y/o fiebre.
- Comunicará igualmente la aparición de dolor, hinchazón o cambio de color en el miembro donde tiene colocado el catéter.
- En caso de salida de catéter deberá apretar el orificio de inserción y acercarse a su unidad de atención.
- Cuidados del acceso vascular definitivo: el paciente deberá mantener los siguientes cuidados con la fístula:
- Todos los días debe palpar y oír la fístula el murmullo, debiendo notificar cualquier cambio o alteración que note en la misma, ausencia de sonido, dolor, hinchazón.
- Comunicar a la unidad donde se atiende, cualquier alteración que se presente.
- Cuidados encaminados al desarrollo, conservación y mantenimiento de la fístula:
- Realizar ejercicios de dilatación para que la fístula tenga mejor desarrollo.
- Realizará compresiones con una pelota de goma 10 minutos cada hora aproximadamente.

- Con el fin de favorecer la dilatación de las venas y fortalecer la piel, es recomendable que introduzca el brazo en agua tibia con sal (aproximadamente 1 cucharadita de sal por litro) tres veces al día.
- Evite llevar joyas o ropas que aprieten el brazo, dormir sobre ese brazo y no cargar objetos pesados con ese brazo y no permitir que le extraigan sangre, administren medicamentos o hagan mediciones de la tensión arterial en el brazo de la fístula.

Para evitar la infección:

- Deberá lavar el brazo de la fístula con agua y jabón antes de comenzar la sesión de diálisis.
- Cuidar que la zona a puncionar no tenga ningún contacto ni roce después de realizar la antisepsia hasta después de la punción.
- Después de la hemodiálisis, quitar los apósitos que cubren los sitios de punción, pasadas 5 a 6 horas
- En caso de hinchazón, dolor, enrojecimiento, calor en la zona de punción, comunicar al servicio de diálisis.

Para controlar la hemorragia:

- Si sangra por los puntos de punción deberá comprimir 5 - 10 minutos sobre los mismos con una gasa hasta que deje desangrar.
- Si no puede detenerse la hemorragia se dirigirá al centro de urgencia más próximo.
- En caso de producirse hematomas, se aplicará hielo para evitar su progresión al inicio de los mismos. Cuando el hematoma se encuentra en fase de resolución puede ser útil aplicar calor seco y pomadas fibrinolíticas.

### **Signos de Alarma de Atención en Urgencias Dialíticas**

El paciente debe acudir urgentemente al servicio de hemodiálisis, si después del consumo excesivo de alimentos ricos en potasio identificara signos y síntomas de alarma tales como:



- Debilidad muscular, cansancio, hormigueos y pesadez en miembros, alteraciones en el ritmo del corazón. Esto son síntomas de una hiperpotasemia, que debe ser tratada inmediatamente, ya que puede provocar paro cardíaco y muerte.
- Si después de una ingesta masiva de líquidos aparece: fatiga, dificultad para respirar, sobre todo si intenta permanecer acostado, hipertensión arterial.

### **Medicación**

Las personas que reciben tratamiento con hemodiálisis, necesitan tomar medicamentos que complementen el tratamiento o ayuden a disminuir los síntomas de la enfermedad. Algunos de estos medicamentos los recibirá durante la sesión de diálisis y otros deberá tomarlos en su casa respetando siempre lo prescrito por su médico.

La administración de medicamentos, se debe cumplir estrictamente éstos son los suplementos vitamínicos como son el ácido ascórbico, piridoxina, ácido fólico reforzado con calcio oral y hierro en forma diaria, lo que constituye una prevención de accidentes cerebro vasculares, descalcificaciones prematuras (osteodistrofia), anemia, síndrome de piernas inquietas, etc.

El cuidado para la conservación del acceso vascular, el cuidado en la higiene, el control de los niveles sérico de calcio y fosfato, cumplir con la toma de sus medicamentos para prevenir la aparición prematura de problemas de osteodistrofia, la identificación de síntoma y signos de alarma en situaciones de urgencias dialíticas, el cumplimiento de una dieta adecuada.

### **Adherencia al tratamiento**

Específicamente, adherencia al tratamiento, desde el modelo biopsicosocial, significa el compromiso de colaboración activa e intencionada por parte del paciente, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado. Desde el modelo biomédico entenderemos cumplimiento como la obediencia del paciente para seguir las instrucciones y prescripciones del profesional de la salud. Desde esta perspectiva, el paciente ocupa un rol pasivo, donde sigue los consejos y directrices del profesional

de la salud. La adherencia es un término que nos gusta más porque no tiene las connotaciones negativas que conlleva el cumplimiento. Sin embargo, adherencia y cumplimiento podrán ser utilizadas en los mismos términos en este trabajo.

La adherencia implica la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente y puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida, a la proporción de información suficiente sobre la enfermedad en función del profesional que lo valore, respeto a la cronología de las tomas y valoración de la medicación, asistencia a citas, participación activa en tratamientos psicológicos, cumplimentación de directrices terapéuticas sobre hábitos de sueño, alimentación, ejercicio, higiene, etc.

La adherencia puede ser estudiada desde el marco teórico de los distintos modelos psicológicos que tratan de explicar la conducta humana en general y la adherencia al tratamiento en particular (Waeber, Burnier y Brunner, 2000), la que es modulada por componentes subjetivos y cognitivos (Martín y Grau, 2004).

El incumplimiento terapéutico o no adherencia terapéutica es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas. Se estima que la falta de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas llega al 45%, cifra que puede aumentar cuando el tratamiento implica cambio de hábitos y estilos de vida (Rodríguez-Marín, 1995). En el caso concreto de los pacientes en hemodiálisis, pacientes crónicos que deben someterse a un tratamiento muy demandante y complejo, que implica restricción de líquidos, restricciones dietéticas, toma de varios fármacos y la asistencia a las sesiones de diálisis al hospital o centro extrahospitalario tres veces por semana o más, la restricción de líquidos constituye uno de los aspectos más difíciles de cumplir para estos pacientes (Vélez y Ramasco, 2006; Sharp, Wild, Gumley y Deighan, 2005).

En general, la adherencia al tratamiento disminuye cuando la necesidad de adherirse a él se prolonga en el tiempo, es de carácter profiláctico, o cuando las consecuencias del cumplimiento no se observan de inmediato sino que tienen resultados a largo plazo.

Comprender los factores cognitivos y emocionales que influyen en el comportamiento de la adherencia y determinar su relación con los factores sociodemográficos sigue siendo un reto, y su conocimiento favorecería el cuidado integral del paciente en HD, mejorando con ello su calidad de vida.

Dada la dificultad de cuantificar la adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis, esta se ha medido tradicionalmente mediante medidas objetivas tales como la ganancia de peso interdialítico, valores de laboratorio, sesiones de diálisis perdidas. En los últimos años se han propuesto diversos métodos para medir la adherencia al tratamiento (Dusing, 2001) y aquellos basados en el autoinforme del paciente son los que están mejor validados. Son varios los autores que afirman que estos métodos promedian un índice de seguridad de entre el 52% y el 76% y son los que mejor se correlacionan con el recuento de comprimidos (Sackett, Haynes, Gibson, Hackett, Taylor y Roberts, 1975; Haynes, Taylor y Sackett, 1980). Uno de esos métodos es el test de Morisky-Green-Levine que mostró un valor potencial predictivo del autoinforme sobre adherencia con capacidad para predecir el control en la presión arterial (Morisky, Green y Levine, 1986).

### **Afrontamiento**

Otro concepto de peso y de obligada definición en este trabajo es el término afrontamiento. Existen muchos acercamientos psicológicos distintos al estudio de las enfermedades crónicas. Posiblemente uno de los más extendidos es el de asimilar las enfermedades crónicas a condiciones de estrés inescapable de distinta intensidad; y dentro del estudio del estrés, la propuesta que goza de mayor aceptación sea la del afrontamiento y, dentro de él, la conceptualización realizada por Richard Stanley Lazarus. Esencialmente, el afrontamiento fue definido por Lazarus como un proceso en el que el organismo trata de resolver los impactos de los estresores, fundamentalmente como formas de manejo de las emociones que se activan con tales estresores. La definición de Lazarus y Folkman (1984) continúa siendo un referente obligado, como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Para ello, el individuo lleva a cabo una primera estimación (appraisal) de

la situación (fenómeno esencialmente cognitivo), definida básicamente por la toma de conciencia de la presencia de uno o más estresores, lo que lleva a identificar la situación concreta precisamente por la presencia de los estresores, su tipo, intensidad y características para pasar, después, a una segunda estimación, fenómeno asimismo cognitivo y que sirve para elegir una u otra opción de actuación en función de las competencias y/o recursos que posee el organismo para resolver esa situación

Pero no es el de Lazarus y Folkman el único acercamiento al estudio del afrontamiento. De hecho, éste puede ser analizado desde una variedad de perspectivas que utilizan multitud de marcos teóricos. El contenido de la literatura sobre afrontamiento de aquellos con una enfermedad crónica ha crecido con el tiempo y en la actualidad incluye con frecuencia información relacionada con la interpretación subjetiva de la enfermedad, sus representaciones, y la relación entre estas interpretaciones y el proceso de afrontamiento.

El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández y Díaz, 2001; Pearlin y Schooler, 1978). Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (Matheny, Aycock, Pugh, Curlette & Silva-Canella, 1986). En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas (Caballo, 1998).

Como afirma Fowler en su tesis sobre “Representaciones de la Enfermedad, afrontamiento y calidad de vida” (Fowler, 2007), la categorización de los estímulos y el desarrollo de las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad lleva a la selección e implementación de estrategias de afrontamiento dirigidas al manejo de las representaciones de la enfermedad. Las representaciones de la enfermedad están directamente relacionadas con el afrontamiento y, a través de él, también con la adherencia. Por tanto, el afrontamiento juega un papel mediador entre las percepciones de la enfermedad y los resultados. Un prerrequisito para cualquier relación de mediación es establecer que la variable independiente (las teorías

implícitas o representaciones de la enfermedad) estén relacionadas a la variable dependiente (resultados de la enfermedad) (Hagger y Orbel, 2005)

Por otro lado, la adherencia al tratamiento se concibe en muchas ocasiones como una de las conductas que el paciente puede adoptar en un intento de afrontar su enfermedad. Horne y Weinman (2002) propusieron que las decisiones de adherirse al tratamiento se ven influidas por una interacción de las creencias personales sobre la necesidad del tratamiento para mantener o mejorar la salud y preocupaciones sobre los potenciales efectos secundarios de la adherencia. En la decisión de adherirse o no al tratamiento el paciente debe decidir si la enfermedad garantiza el tratamiento o si el tratamiento es apropiado para su enfermedad. Los profesionales de la salud deben entender los factores que influyen en la adherencia al tratamiento o a una conducta saludable para el control de una enfermedad e identificar metas apropiadas de intervención

Afrontamiento y adherencia implican ambos la puesta en marcha de los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica. En este sentido, la definición de Lazarus y Folkman (1986) continúa vigente y describe el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.p 164).

El afrontamiento es un proceso que implica la selección cognitiva y la puesta en marcha de un plan para afrontar la amenaza que supone la enfermedad y soportar los efectos de la misma (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici y Goldsmith, 2004; O’Neill y Morrow, 2001)

Un reto para los profesionales de la salud es identificar los factores que difieren entre aquellos que se adaptan exitosamente a su condición y aquellos que no lo consiguen (Groarke, Curtis, Coughlan y Gsel, 2004). Lo que parece claro es que el mejor conocimiento de las percepciones e ideas que los pacientes mantienen sobre su enfermedad puede beneficiar el cuidado del paciente, dado que estas percepciones

pueden influir en la forma en la que el paciente afronta y se adapta a su enfermedad (Caress, Luker y Owens, 2001).

### **La Hemodiálisis**

Este trabajo surge del interés de la investigadora por el tema de los conocimientos previos que tienen los pacientes sobre su enfermedad y la influencia de estos conocimientos, tanto sobre su proceso de adaptación a su nueva situación, como sobre cualquier acción formativa que se quiera iniciar. En concreto, nuestro interés se centra en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis. ¿Qué ideas o teorías tienen los pacientes recién diagnosticados con una IRC sobre su patología? ¿Qué saben de la diálisis? ¿Qué creen que pudo causar su estado? etc. Todas estas ideas llevan a las personas a tomar una postura ante la enfermedad, a afrontar la enfermedad con distintas estrategias, a adherirse o no al tratamiento médico, en definitiva, tienen una influencia importante sobre su adaptación al tratamiento y sobre su actitud ante la enfermedad. También nos gustaría saber si difieren estas teorías previas del paciente diagnosticado con las que mantiene la población general, y cómo cambian las teorías en función de la experiencia con la enfermedad.

La hemodiálisis es capaz de brindar un razonable tiempo de sobrevida y corregir en gran medida la sintomatología multisistémica que caracteriza a la IRCT. Algunos de estos síntomas (astenia, disnea, dolor osteomuscular y otros) pueden traducirse en diversos grados de limitación física y labora. De este modo, además de un problema de salud, la enfermedad resulta ser un problema socioeconómico.

Las personas utilizamos ideas intuitivas para recordar, interpretar, predecir y controlar los sucesos que ocurren y tomar decisiones. Son producto de la construcción del mundo a través del cuerpo y se basan en procesos de aprendizaje asociativo; pero además de este origen sensorial (concepciones espontáneas), tienen también un origen cultural (representaciones sociales) en tanto se construyen en formatos de interacción social y comunicativa, y un origen escolar (concepciones analógicas) (Pozo, 2001; Pozo y Gómez Crespo, 2001; Pozo, 1997).

- Las ideas previas de origen sensorial son definidas por Pozo como concepciones espontáneas y se basan en el uso de reglas heurísticas aplicadas a datos recogidos mediante procesos sensoriales y perceptivos.
- Las ideas previas de origen cultural, denominadas representaciones sociales, son estudiadas por la psicología social, y su estudio sugiere la forma en la que se difunden y adquieren las creencias compartidas por los grupos sociales (cultura)
- Finalmente, las ideas previas de origen escolar, denominadas también concepciones analógicas, hacen referencia a los “errores” conceptuales que los alumnos adquieren en las aulas: de los libros de texto, de las explicaciones recibidas, de la didáctica empleada por el maestro para presentar en conocimiento científico.

Estas ideas intuitivas de diferente carácter –espontáneo, social o escolar-, firmemente arraigadas en los sentidos, en el lenguaje y la cultura, y en las tareas escolares, se mezclan entre sí y conforman el conocimiento cotidiano.

### **El paciente y la Enfermedad Renal Crónica (ERC)**

Aljama y Cols (2003) refieren que los pacientes con ERC presentan un perfil clínico general con edades comprendidas entre 50-70 años de edad, con múltiples patologías asociadas a su enfermedad, con afectación de su estado general y con unas manifestaciones clínicas que se pueden agrupar por sistemas o aparatos, de tal manera que aparecen alteraciones en los sistemas hematológico, nervioso, endocrino, cardiovascular, aparato digestivo y óseo. También hay que tener en cuenta los trastornos bioquímicos y problemas psicosociales, derivados tanto de los trastornos físicos, como de la dependencia que estos enfermos tienen al estar sometidos a tratamiento de diálisis éste tratamiento en sus dos modalidades, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal, y el trasplante.

La persona con ERC pierde la capacidad de funcionamiento renal, entonces hablamos que se ha producido un daño renal con pérdida de la integridad del riñón, así como de su función depuradora y reguladora del medio interno del paciente. Avendaño, señala que las causas más frecuentes de la ERC puede ser provocadas por una gran variedad de patologías, como: glomerulonefritis, pielonefritis, neuropatías

por fármacos, enfermedad quística, enfermedad vascular renal, nefritis hereditarias, diabetes, mielomatosis, tuberculosis, tumor renal, pérdida traumática o quirúrgica, otras causas de etiología incierta. Cuando el paciente presenta la falla renal puede ser agudo o crónico; la diferencia entre ambos se establece atendiendo a las causas que generan la falla y a su duración. La falla renal aguda es súbita que puede ser de causa secundaria a complicaciones multiorgánicas, por cuadros quirúrgicos, sepsis, intoxicaciones, etc.; esto va exigir un tratamiento de hemodiálisis hasta que se solucione la causa primaria y el riñón recupere su función normal o de manera continua si no se revierte el daño hasta el punto de que el paciente no podrá dejar de recibir el tratamiento dialítico. Cuando el paciente presenta falla renal crónico, la función de los riñones va disminuyendo de manera progresiva e irreversible, hasta el punto de requerir de por vida un tratamiento de sustitución de la función renal para poder seguir viviendo, entonces se produce la Enfermedad renal crónica terminal, de manera irreversible hoy llamada Enfermedad renal crónica (ERC), definida como un funcionamiento renal inferior al 10%. Los primeros síntomas no suelen aparecer hasta que se ha perdido aproximadamente el 50% de la función renal. Cuando se realiza una exploración aparece una elevada presión arterial, altas concentraciones de sodio, potasio, urea en orina y niveles elevados de creatinina en sangre. Esto se debe al agua acumulada en el torrente sanguíneo y en los tejidos, y a las sustancias tóxicas que transporta la sangre circulante. Todos los sistemas del organismo pueden verse afectados por este cuadro, denominado síndrome urémico o uremia, cuyos síntomas y signos: náuseas, vómitos, gastritis, hemorragias digestivas, halitosis, hipertensión, dolor de cabeza, fatiga, pericarditis, anemia, edema, prurito, problemas óseos, temblores, etc.

Así mismo el autor menciona que los trastornos a que se enfrenta el paciente con ERC por la pérdida irreversible de la capacidad funcional de sus riñones, desencadena y desarrolla lentamente una situación clínica con una multitud de procesos patológicos que lo conduce a un desajuste biológico por la insuficiencia de la capacidad excretora y reguladora renal, reduciéndose o anulándose el filtrado glomerular. Este deterioro biológico y físico de la función depuradora y reguladora en el paciente origina que presente retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, concentración de solutos y equilibrio ácido-base de los



distintos compartimentos corporales, poniendo en peligro su vida hasta acabar con ella, a menos que se establezca una sustitución de estas funciones. La disminución de las funciones endocrino-metabólicas origina alteraciones notables en el organismo, sin vida del mismo.

Sellares y Avendaño (2003), sostienen que como consecuencia de ERC con pérdida de la función renal inferior al 10% (estadio V) el paciente presenta trastornos hidroelectrolíticos y de ácido – base que le generan sobrecarga de agua por no poder eliminarla dando lugar a lo que se conoce como intoxicación acuosa, el paciente gana peso, esta edematoso, con una marcada alteración de los elementos electrolíticos más importantes como son el sodio, potasio que los conlleva a frecuentes trastornos digestivos como náuseas, vómitos, etc., que va estar relacionado de acuerdo a la ingesta dietética. El potasio sérico suele mantenerse en límites aceptables mientras el enfermo con IRC mantenga un control estricto en la ingesta de alimentos permitidos, el consumo de alimentos de alta composición de este electrolito como el potasio puede llevar a cuadros de hiperkalemia con consecuencias fatales hacia un paro cardíaco. Otro problema que suele presentar son los trastorno del metabolismo fósforo – cálcico que por la cronicidad de la enfermedad renal condiciona un déficit de la absorción intestinal de calcio por una menor producción del metabolito activo de la vitamina D, conllevando hacia la hipocalcemia y una consiguiente tendencia a una mala mineralización ósea es decir la osteomalacia. Por otro lado la hipocalcemia va a condicionar una producción aumentada de hormona paratiriodea o PTH, favoreciendo la reabsorción del calcio depositado en el hueso. Además, en la ERC hay una incapacidad del riñón de eliminar el fósforo ingerido con la dieta por lo que hay tendencia a la hiperfosfatemia. Todas estas alteraciones y/o trastornos constituyen la base de los que se conoce como osteodistrofia renal, haciendo del paciente un ser susceptible y lábil a fracturas, deformidades, etc. Así también se presentan trastornos metabólicos como: La Retención nitrogenada, la cantidad de estos componentes va a depender del aporte protéico en la dieta y el catabolismo de cada enfermo.

Las alteraciones cardiovasculares e insuficiencia cardíaca, provocadas por la hipertensión arterial a veces producida por la misma enfermedad renal y otras

expresiones de la hipervolemia. Así como desarrollo de arritmias en relación con trastornos electrolíticos (sobre todo por alteraciones del potasio).

Alteraciones digestivas, son frecuentes que el paciente perciba la anorexia, las náuseas, los vómitos, el factor urémico y la tendencia al desarrollo de gastritis erosiva.

Alteraciones hematológicas, los pacientes suelen presentar ésta alteración a consecuencia de la anemia por el déficit de eritropoyetina y el aumento de la hemólisis. Así mismo, tendencia a trastornos de la coagulación generalmente relacionados con las alteraciones plaquetarias.

Trastornos neuromusculares, con síntomas variados desde alteraciones de la memoria, irritabilidad, polineuritis urémica que afecta sobre todo las extremidades inferiores donde se manifiesta como sensación de piernas inquietas, parestesias, dolor quemante en los pies y a veces inestabilidad en la marcha. También existen trastornos musculares de contracturas y calambres.

Trastornos endocrinos metabólicos, con intolerancias a los hidratos de carbono, tendencia a la hipergliceremia y la retención nitrogenada.

Igualmente los trastornos endocrinos: amenorrea, infertilidad, impotencia y trastornos del crecimiento y desarrollo.

Trastornos dermatológicos, es típica la coloración amarillenta pálida, por la anemia y por la retención de pigmentos (urocromos). Con frecuencia aparecen equimosis y hematomas como expresión de trastornos de la coagulación. Por último el prurito urémico, por el depósito en la piel de sales cálcicas en el curso del hiperparatiroidismo secundario.

Estos son los problemas más habituales de la ERC. El grado en que aparezcan dependerá en gran magnitud al control y seguimiento que reciban estos pacientes renales y sobre todos al autocuidado que ellos presten a su salud. Así mismo a la adecuación de diálisis que reciban.

Chow, considera a la IRCT es una enfermedad compleja con efectos variados sobre la salud y estilo de vida de las personas que la padecen. La IRCT para este

autor es la mal función de los riñones hasta el punto de requerir tratamiento renal sustitutivo. La persona afectada de IRCT deberá ser equipada para afrontar la enfermedad y sus efectos. Para identificar los factores y barreras que afectan la capacidad de una persona para aprender a realizar el tratamiento de diálisis, la persona debería ser valorada antes del comienzo del período de entrenamiento.

### **El Tratamiento Sustitutivo de Hemodiálisis (Hd) en el paciente renal.**

Aljama P, señala que la Hd. es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea, que va a suplir parcialmente las funciones renales de excreción de solutos, regulación del equilibrio ácido base y electrolítico, y eliminación de líquido retenido. Estos objetivos se consiguen poniendo en contacto la sangre del paciente con un líquido de características predeterminadas a través de una membrana semipermeable, instalada en un filtro llamado dializador.

Rebollo A, y Cols., (2000), sostiene que “la rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida.

Todos los antes mencionados y revisados, coinciden en que el tratamiento de hemodiálisis no suple otras funciones del riñón, como son las endocrinas y metabólicas renales. Este procedimiento, de depuración y filtrado, se realiza conectando al paciente a una máquina, durante 3 ó 4 horas, con una frecuencia regular de 3 veces por semana. Para que esta conexión sea posible es necesario que el paciente tenga un acceso vascular especial que permita la realización de 6 punciones por semana con agujas de un calibre de 16 milímetros, aproximadamente. Normalmente se somete al paciente a una intervención quirúrgica de índole menor, donde se anastomosan una arteria y una vena superficiales, generalmente a la altura de la muñeca, provocando un mayor flujo de sangre a la vena y un engrosamiento de las paredes, lo cual facilita el pinchazo. Aunque éste es uno de los procedimientos que provoca en el paciente un cambio en su estética, así como dolor por los pinchazos, el acceso vascular se constituye el talón de Aquiles de la hemodiálisis y

su cuidado para la supervivencia del mismo en uno de los elementos fundamentales del cuidado de enfermería. Los pacientes pueden presentar durante la HD una serie de complicaciones clínicas como hipotensión, calambres musculares, dolor precordial, desequilibrio dialítico, hemólisis, embolia gaseosa etc., y complicaciones técnicas que pueden ser rotura del dializador, extravasación sanguínea, etc. Además del tratamiento sustitutivo estos pacientes son sometidos a una terapia farmacológica y nutricional. El cuidado del paciente renal debe ser integral, sus cuidados deben ir dirigidos tanto a las intervenciones derivadas de los diagnósticos de enfermería como de los problemas de colaboración, debemos potenciar el autocuidado, darle soporte emocional y enfatizando en una educación sanitaria sistemática tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo.

Si bien es cierto que el tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica ha evolucionado de manera muy importante en los últimos años gracias a los importantes avances científicos y tecnológicos que han afectado no solo a la técnica de la hemodiálisis en sí misma (monitores con ultra filtración controlada, generalización del uso del bicarbonato, sistemas para la monitorización continua de la eficacia de la diálisis, etc.) sino también al uso de medicamentos como la (eritropoyetina, calcitriol intravenoso, membranas de diálisis biocompatibles, etc.)

## 5.2 Justificación

En el Perú aproximadamente 300 mil personas padecen de Insuficiencia Renal Crónica, mientras que la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica Terminal estaría cerca a los 9,000 pacientes por año que requieren diálisis y/o trasplante renal. Asimismo, se calcula que más de dos millones y medio de personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad.

El estudio que planteamos combina los elementos claves de los modelos teóricos utilizados.

Desde el punto de vista práctico, el conocimiento de las representaciones sobre la enfermedad tiene importantes implicaciones en relación con la educación para la salud, tanto a nivel individual como a nivel comunitario.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación generará reflexión y debate sobre la importancia de las ideas implícitas en el campo concreto de la Enfermería; aborda teorías y modelos de otras disciplinas y su aplicación a nuestro campo necesariamente conlleva hacer epistemología del conocimiento existente.

Por otra parte, la investigación sobre las ideas previas y las representaciones sobre la enfermedad, en concreto de la IRC, es importante porque es sobre esta base sobre la que el paciente irá construyendo el conocimiento que le va a permitir dar una explicación a lo que siente y la que va a guiar sus acciones.

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud es de gran interés, ya que permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones; permitiendo realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando.

El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta la gran incidencia y prevalencia de patologías crónicas, entre ellas, la Insuficiencia Renal Crónica, la cual representa uno de los principales problemas de salud pública; por su importante morbilidad cardiovascular, con todos los costes sociales y económicos que esto implica

### 5.3 Problema

La insuficiencia renal crónica (IRC) es el proceso de disminución progresiva e irreversible en el número de nefronas funcionales que lleva a una incapacidad renal para realizar las funciones depurativa, excretora, endocrina-metabólica y reguladora del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base. La mejor evidencia de daño estructural es la presencia de proteinuria, y la medida de la función renal es la tasa de filtración glomerular (TFG) medida con la depuración de creatinina convencionalmente. (MINSA/DGE, 2014) El estadio más avanzado es la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), en la cual se utilizan costosos tratamientos de reemplazo o sustitución de la función renal, mediante el tratamiento con diálisis o trasplante renal, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud. (MINSA/DGE, 2014) (Avendaño H., 2000)

Hasta el momento no tiene cura, sin embargo, las terapias desarrolladas para tratarla permiten mantener y prolongar la vida. La hemodiálisis es la terapia que se utiliza con mayor frecuencia a nivel mundial y en Perú también. Es un tratamiento altamente complejo, exigente, puede llegar a ser muy restrictivo e implica cambios profundos en el estilo de vida. (Montalvo I., 2012)

A nivel mundial, la IRC y la IRCT están teniendo una tendencia creciente en los países de ingresos bajos y medios, debido a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. (Montalvo I., 2012)

En Latinoamérica existe una tendencia similar, pero con un menor número de pacientes con IRC sometidos a terapia de reemplazo renal en comparación con los países desarrollados, esta diferencia se debe a que muchos de ellos no tienen acceso a éstos programas de terapia de reemplazo renal debido principalmente a sus altos costos. (Montalvo I., 2012) (MINSA, 2015)

En el Perú, según los datos estadísticos reportados del Ministerio de Salud en el año 2013 la insuficiencia renal fue la décima causa de mortalidad (3.5%), afectando principalmente a mujeres (3.7%) que a hombres (3.3%). (MINSA, 2015)

Alrededor de 3 millones de peruanos padecen de algún grado de enfermedad renal crónica (ERC) y 30 mil de ellos tienen la enfermedad en etapa terminal y requieren de diálisis para poder vivir, pero solo 10 mil de ellos reciben este tratamiento por falta de acceso a los servicios de salud, informó la Sociedad Peruana de Nefrología. (MINSA/DGE, 2014) (MINSA, 2015)

Cada año ESSALUD realiza hemodiálisis a cerca de 9.000 casos de insuficiencia renal, de los cuales Lima concentra unos 5,100 pacientes, y por lo menos unos 3,800 lo hacen en clínicas subvencionadas por ESSALUD, debido a que dicha institución no cuenta con equipos suficientes. Cabe señalar que del total de pacientes con IRCT, ESSALUD atiende aproximadamente al 80% de pacientes, mientras que las otras entidades juntas: MINSA, Policía, Fuerzas Armadas y Privados, atienden aproximadamente al 20% restante (MINSA/DGE, 2014) (Montalvo I., 2012).

En los últimos años, el aumento en la sobrevida de los pacientes renales producto del avance tecnológico, los procedimientos dialíticos y de trasplante renal, ha planteado en la mayoría de los países la necesidad de determinar con mucha anticipación los requerimientos de terapias de reemplazo renal en la población, siendo una de ellas la hemodiálisis que aunque no cura, revierte o compensa la pérdida de las actividades endocrina y metabólica de los riñones durante el resto de su vida; es por ello que contribuye en la supervivencia de los pacientes. (Montalvo I., 2012) Además dentro de los Lineamientos de Política de Salud 2007- 2020; expone promover estilos de vida saludable en todos los grupos etarios de la población, evitando el impacto negativo de la carga de la enfermedad en el desarrollo integral de la personas, familias y sociedad. (MINSA, 2005)

La Enfermera debe implementar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todos los niveles de atención, diseñando y evaluando programas que estén encaminados hacia la prevención de factores de riesgo. Principalmente favoreciendo estilos de vida saludables que permitan reducir las posibles complicaciones que se pudieran presentar en los pacientes con esta enfermedad, reduciendo así las tasas de morbilidad y mortalidad. Además, la intervención de la Enfermera en el cuidado de pacientes con problemas renales establece relaciones

asertivas entre la Enfermera, el paciente y el cuidador, fomentando de esta manera actividades de autocuidado en el paciente, que puedan brindar bienestar físico y psicosocial durante la realización del tratamiento. (Palma E., 2010)

Durante las prácticas hospitalarias, se pudo observar a varios pacientes con tratamiento de hemodiálisis, algunos con catéter venoso central y otros con fístula arterio venosa; al interactuar con ellos refieren: “yo me dializo hace varios años”, “lo malo de esta enfermedad es que afecta todas tus actividades”, “te restringe ciertos alimentos”, “ya no puedes consumir la misma cantidad de agua que antes”, “no tienes un horario fijo de hacerte la hemodiálisis”, “llegas cansado y sin ánimo a tu casa”, “quedas débil y sin fuerza”, “gastas mucho dinero en el tratamiento, si es que no tienes seguro”.

Por lo expuesto anteriormente se creyó conveniente realizar un estudio sobre: ¿Cuál es la reacción del paciente renal frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento en el hospital Jorge Reátegui Delgado. Piura 2018?



## **5.4 Conceptualización y Operacionalización de Variables**

### **5.4.1 Conceptualización**

#### **VARIABLE: ACTITUD DEL PACIENTE RENAL**

##### **DEFINICIÓN:**

Rebollo A, y cols., (2000), sostiene que “la rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida.

#### **VARIABLE: NECESIDAD DE HEMODIÁLISIS**

##### **DEFINICIÓN:**

Chow (2005), considera a la IRCT es una enfermedad compleja con efectos variados sobre la salud y estilo de vida de las personas que la padecen. La IRCT para este autor es la mal función de los riñones hasta el punto de requerir tratamiento renal sustitutivo. La persona afectada de IRCT deberá ser equipada para afrontar la enfermedad y sus efectos. Para identificar los factores y barreras que afectan la capacidad de una persona para aprender a realizar el tratamiento de diálisis, la persona debería ser valorada antes del comienzo del período de entrenamiento.

### **5.4.2 Operacionalización de las Variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Actitud del Paciente Renal	Rebollo A, y Cols., (2000), sostiene que “la rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida.	El paciente renal muestra una actitud de depresión y rechaza el tratamiento que le va permitir una mejor calidad de vida.	Síntomas relacionados con la insuficiencia renal	He experimentado estos síntomas. Creo que los síntomas están relacionados con la diálisis.	Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
			Ideas sobre la enfermedad	No hay nada que me pueda ayudar. Entraré a un tratamiento.	
			Causas de su IRC	Estrés Gérmenes Escaso cuidado médico. Actitud mental negativa. Preocupaciones. Uso de drogas.	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Necesidad de Hemodiálisis	Chow (2005), considera a la IRCT es una enfermedad compleja con efectos variados sobre la salud y estilo de vida de las personas que la padecen. La IRCT para este autor es la mal función de los riñones hasta el punto de requerir tratamiento renal sustitutivo. La persona afectada de IRCT deberá ser equipada para afrontar la enfermedad y sus efectos. Para identificar los factores y barreras que afectan la capacidad de una persona para aprender a realizar el tratamiento de diálisis, la persona debería ser valorada antes del comienzo del período de entrenamiento.	El IRC debe tener conciencia que su enfermedad es bastante compleja y que tiene que afrontarla y someterse a una diálisis.	Conocimiento	La función principal de tienen los riñones La insuficiencia Renal Crónico Terminal	Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
			Tratamiento	Las causas más frecuentes de la insuficiencia Renal Crónico Terminal. El tratamiento definitivo de la Insuficiencia Renal Crónico Terminal.	
			Higiene y cuidado	La hemodiálisis es un procedimiento. Los cuidados de la fistula del paciente con Insuficiencia Renal Crónico Terminal. Realizar ejercicios de comprensión con una pelota de goma.	

## **6. HIPOTESIS**

La actitud del paciente renal frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento, es bastante preocupante.

## **7. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la actitud del paciente renal frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018.

### **Objetivos Específico**

- Identificar las actitudes del paciente renal frente a la necesidad de la hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018.
- Identificar a pacientes renales frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018.

## 8. METODOLOGIA DE TRABAJO

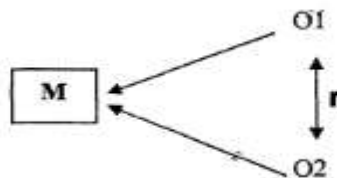
### 8.1 Tipo y Diseño de Investigación

De acuerdo a la orientación: El presente trabajo de investigación fue de tipo básica. Al respecto Valderrama (2015) precisaron: “también es conocida, como pura, teórica o fundamental, busca poner a prueba una teoría, con escasa o ninguna intención de aplicar sus resultados a problemas prácticos”

De acuerdo a la contrastación: El presente estudio fue descriptivo correlacional, al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2010) afirman que la investigación correlacional asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.

De acuerdo al régimen de investigación: Libre, ya que fue de elegido por la investigadora.

El diseño de la siguiente investigación fue no experimental de corte transversal, ya que no se manipuló ni se sometió a prueba las variables de estudio. Es transversal porque se mide las variables en un espacio y tiempo único. “Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).



Dónde:

O<sub>1</sub>= Actitud de paciente renal

O<sub>2</sub> = Necesidad de Hemodiálisis

r = Relación entre variables

## 8.2 Población y Muestra

### **Población.**

Mc Millan (2001) define a la población como “el grupo de elementos o casos, ya sean individuos, objetos o acontecimientos, que se ajustan a criterios específicos y para los que pretendemos generalizar los resultados de la investigación. Este grupo también se conoce como población objetivo o universo”.

La población está considerada por 160 pacientes de hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado.

### **Muestra.**

La muestra fue seleccionada a través del muestreo probabilístico, ya que de acuerdo a los criterios establecidos de inclusión para el presente estudio todos los pacientes tuvieron la misma probabilidad de ser elegido o pertenecer a la muestra. Determinándose así, el tamaño de ésta en 113 pacientes los cuales fueron seleccionados haciendo uso del muestreo aleatorio simple al azar. Para determinar el tamaño de la muestra se asumió un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 5% con los que se obtuvo la muestra representativa.

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)d^2 + Z^2pq}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal.

Llamado también nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

Reemplazando en la fórmula se obtiene:

$$n = \frac{160(1.96^2)(0.5)(0.5)}{(198 - 1)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n = 113$$

#### **Criterio de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que se encuentren en el programa de Hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado en el año 2018.

#### **Criterio de exclusión**

- Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que NO se encuentren en el programa de Hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado.

### **8.3 Técnicas, instrumentos y fuentes de investigación**

La técnica empleada para la presente investigación fue la encuesta.

La encuesta es el conjunto de preguntas específicamente diseñadas y pensadas para ser dirigidas a una muestra representativa de la población con la finalidad de conocer la opinión de las personas sobre el objeto de estudio.

Morone (2012), sostiene: “El término encuesta se refiere a la técnica de recolección de datos que utiliza como instrumento un listado de preguntas que están fuertemente estructuradas y que recoge información para ser tratada estadísticamente, desde una perspectiva cuantitativa”

El instrumento que se utiliza fue el cuestionario

Según Abril (2008), “el cuestionario es un conjunto de preguntas, preparado cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación, para que sea contestado por la población o su muestra

Según Hernández et al. (2014) “Es el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir”. “Un instrumento de medición puede ser

confiable, pero no necesariamente válido. Por ello es requisito que el instrumento de medición demuestre ser confiable y válido. De no ser así, los resultados de la investigación no deben tomarse en serio”.

La validación es de suma importancia porque permite la calidad de la elaboración del diseño y de las preguntas a disposición del encuestado.

#### **8.4 Procedimiento y análisis de la información**

Para desarrollar la investigación, se coordinó con las enfermeras del Centro de Hemodiálisis de Hospital Jorge Reátegui Delgado, lográndose su aceptación, participación y colaboración; luego, se informó a los pacientes acerca del estudio, obteniéndose su consentimiento informado para realizar la entrevista. La aplicación del instrumento fue: antes de ingresar a su tratamiento, durante su tratamiento ó después de su tratamiento; esta decisión fue tomada según la hora de llegada y condición al ingreso del paciente al centro de hemodiálisis, el tiempo promedio empleado fue de 20 minutos.

El instrumento fue diseñado para ser administrado al paciente por la investigadora, considerando que el paciente para acceder a su terapia de hemodiálisis debe utilizar su acceso vascular que puede estar localizada en uno o ambos brazos, o ser un catéter venoso central, así como otras condiciones frecuentes que suelen presentar los pacientes como son los problemas osteomusculares, cambios hemodinámicos bruscos durante la sesión de hemodiálisis, entre otros, pero lo cual en dichos casos requiere inmovilización y ubicación de una determinado posición; razones por lo que no fue pertinente considerar la autoadministración del instrumento.

Los datos fueron recolectados en los cuatro turnos por lo que se contó con la colaboración de enfermeras, previamente entrenadas, para el recojo de datos. Se agradeció a los pacientes por la disposición otorgada durante la recolección de datos.

Finalmente, en el levantamiento y uso de la información, se protegió la privacidad de las personas y observó una conducta ética en la investigación.

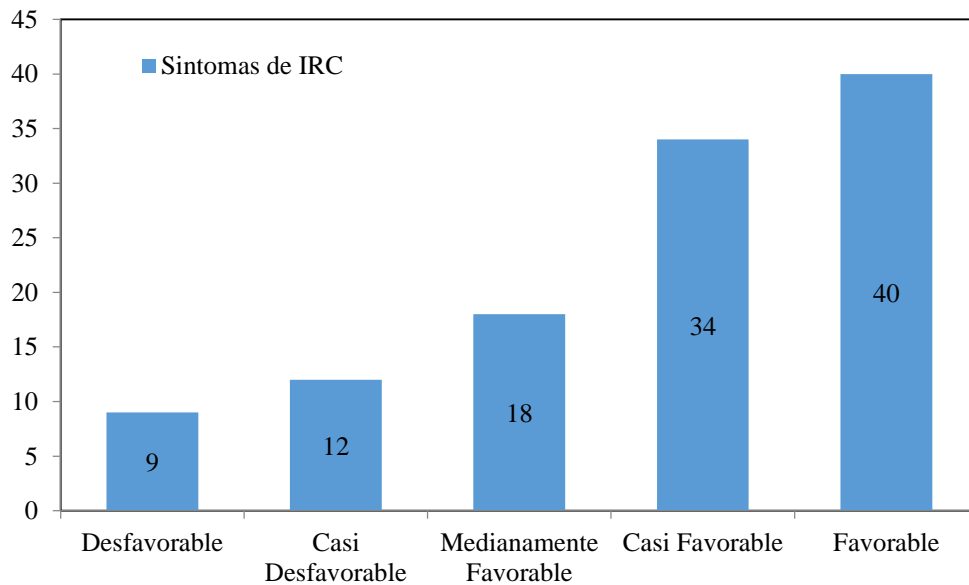


## 9. RESULTADOS

**Tabla 1:** Actitud del Paciente renal en la dimensión de síntomas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018

Síntomas de IRC	N	%
Desfavorable	9	8.0
Casi Desfavorable	12	10.6
Medianamente Favorable	18	15.9
Casi Favorable	34	30.1
Favorable	40	35.4
Total	113	100.0

Fuente: Cuestionario del autor



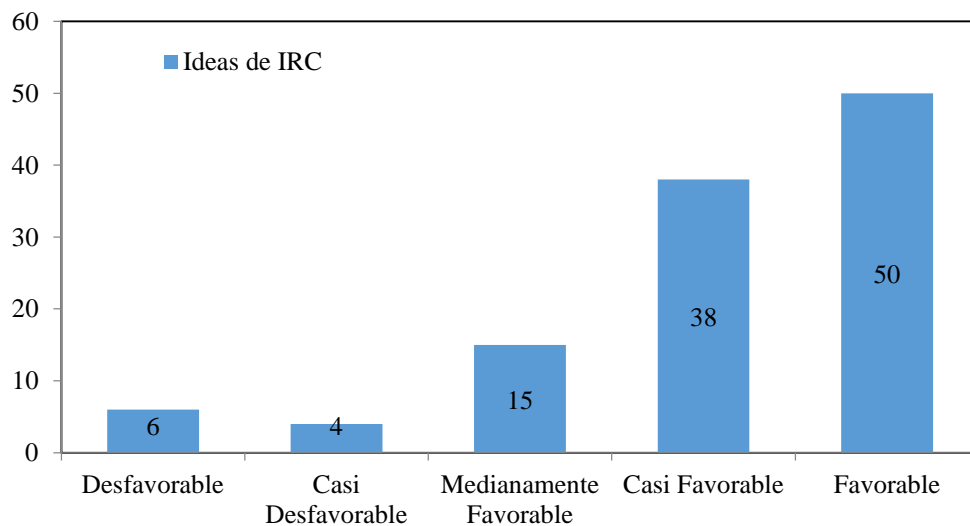
**Gráfico 1:** Actitud del Paciente renal en la dimensión de síntomas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018

Se puede apreciar en la Tabla N° 1, la actitud sobre los síntomas relacionados a la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2016, donde fue desfavorable con 9 (8.0%), con casi desfavorable 12 (10.6%), con medianamente favorable 18 (15.9%), con casi favorable 34 (30.1%), y con favorable 40 (35.4%) del total.

**Tabla 2:** Actitud del Paciente renal en la dimensión de ideas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018

<b>Ideas de IRC</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Desfavorable	6	5.3
Casi Desfavorable	4	3.5
Medianamente Favorable	15	13.3
Casi Favorable	38	33.6
Favorable	50	44.2
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Cuestionario del autor



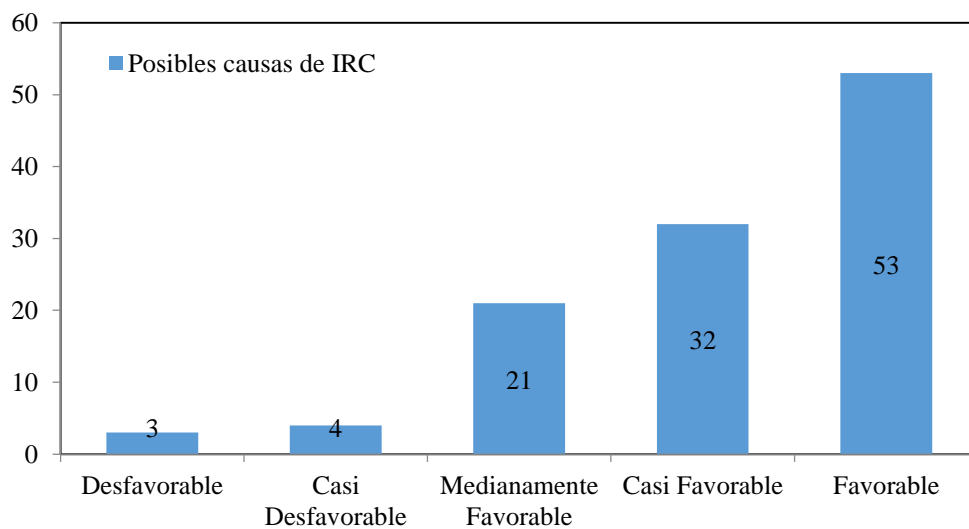
**Gráfico 2:** Actitud del Paciente renal en la dimensión de ideas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.

En la Tabla N° 2, la actitud sobre las ideas relacionadas a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2016, donde fue desfavorable con 6 (5.3%), con casi desfavorable 4 (3.5%), medianamente favorable 15 (13.3%), con casi favorable 38 (33.6%), y con favorable 50 (44.2%) del total.

**Tabla 3:** Actitud del Paciente renal en la dimensión de posibles causas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.

Posibles causas de IRC	N	%
Desfavorable	3	2.7
Casi Desfavorable	4	3.5
Medianamente Favorable	21	18.6
Casi Favorable	32	28.3
Favorable	53	46.9
Total	113	100.0

**Fuente:** Cuestionario del autor



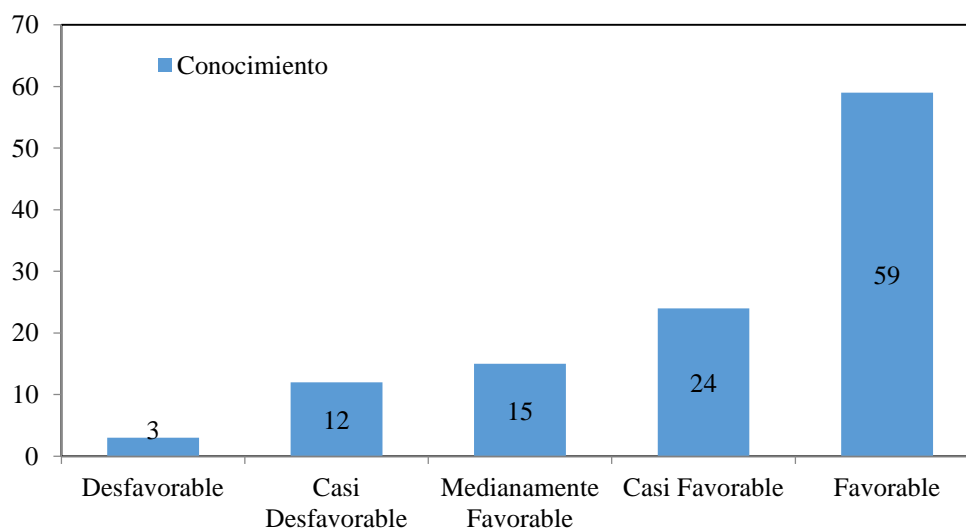
**Gráfico 3:** Actitud del Paciente renal en la dimensión de posibles causas relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.

En la tabla N° 3, la actitud sobre las posibles causas relacionadas a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2018, donde ha sido desfavorable con 3 (2.7%), con casi desfavorable 4 (3.5%), medianamente favorable 21 (18.6%), con casi favorable 32 (28.3%), y con favorable 53 (46.9%) del total.

**Tabla 4:** Necesidad del Paciente renal en la dimensión de conocimientos relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.

Conocimiento	N	%
Desfavorable	3	2.7
Casi Desfavorable	12	10.6
Medianamente Favorable	15	13.3
Casi Favorable	24	21.2
Favorable	59	52.2
Total	113	100.0

**Fuente:** Cuestionario del autor



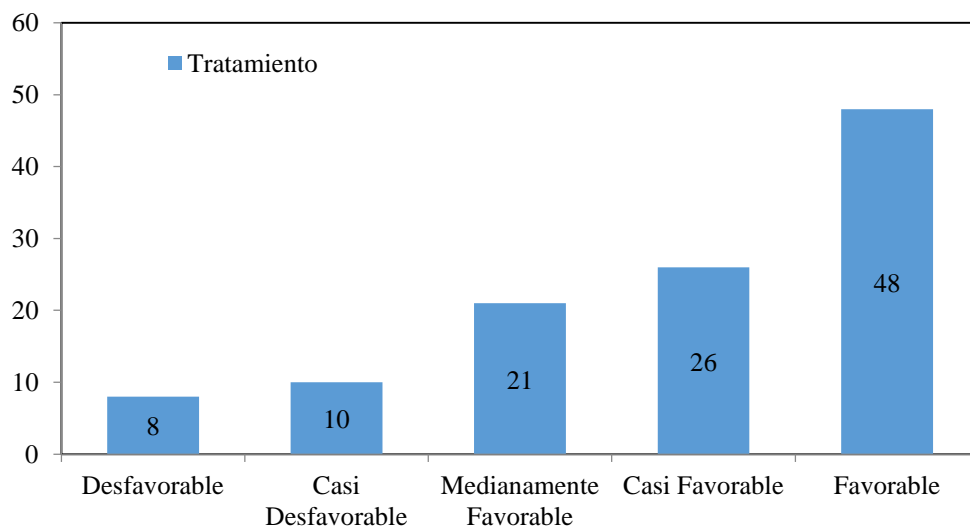
**Gráfico 4:** Necesidad del Paciente renal en la dimensión de conocimientos relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.

Se puede apreciar en la Tabla N° 4, la necesidad sobre el conocimiento relacionados a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2018, donde ha sido desfavorable con 3 (2.7%), con casi desfavorable 12 (10.6%), medianamente favorable 15 (13.3%), con casi favorable 24 (21.2%), y con favorable 59 (52.2%) del total.

**Tabla 5:** Necesidad del Paciente renal en la dimensión de tratamiento relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado-Piura, 2018.

Tratamiento	N	%
Desfavorable	8	7.1
Casi Desfavorable	10	8.8
Medianamente Favorable	21	18.6
Casi Favorable	26	23.0
Favorable	48	42.5
Total	113	100.0

**Fuente:** Cuestionario del autor



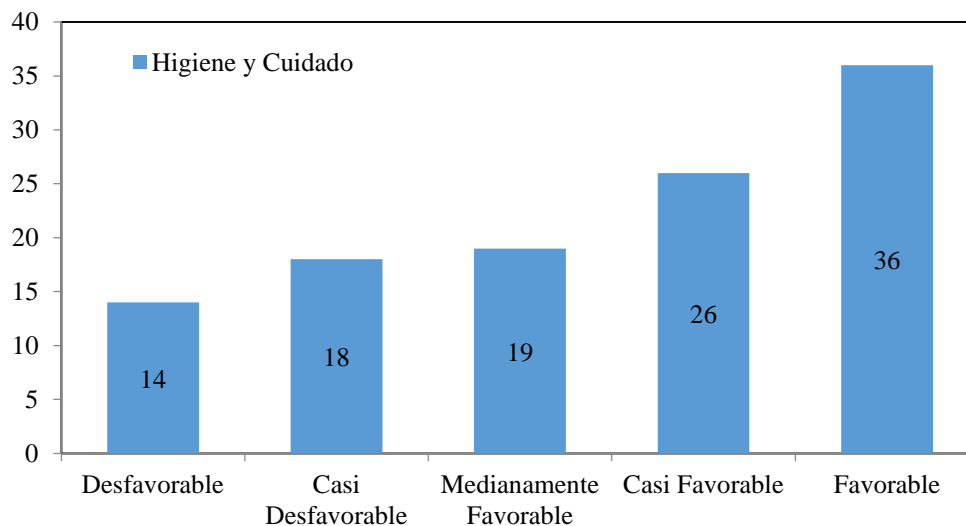
**Gráfico 5:** Necesidad del Paciente renal en la dimensión de tratamiento relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado-Piura, 2018.

Se puede apreciar en la Tabla N° 5, la necesidad sobre el tratamiento relacionados a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2018, donde ha sido desfavorable con 8 (7.1%), con casi desfavorable 10 (8.8%), medianamente favorable 21 (18.6%), con casi favorable 26 (23.0%), y con favorable 48 (42.5%) del total.

**Tabla 6:** Necesidad del Paciente renal en la dimensión de higiene y cuidado relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.

<b>Higiene y Cuidado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Desfavorable	14	12.4
Casi Desfavorable	18	15.9
Medianamente Favorable	19	16.8
Casi Favorable	26	23.0
Favorable	36	31.9
Total	113	100.0

**Fuente:** Cuestionario del autor



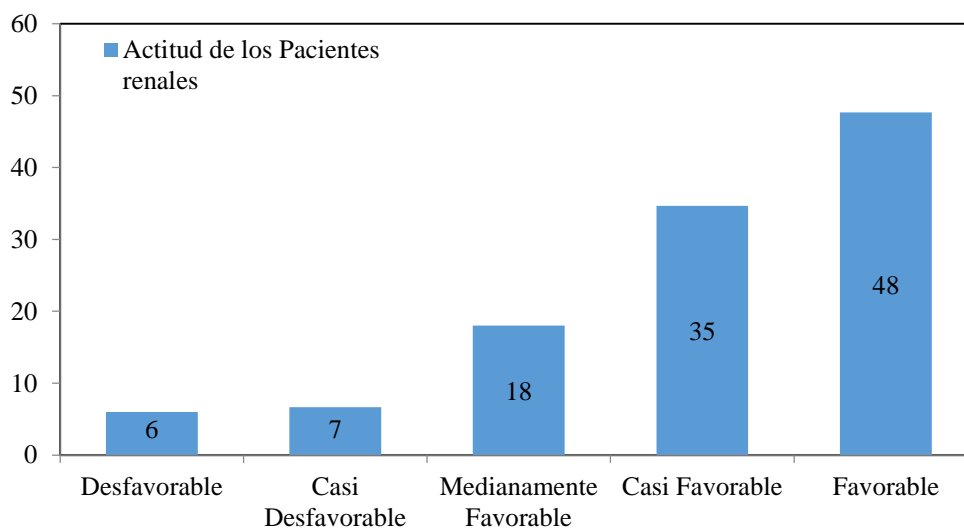
**Gráfico 6:** Necesidad del Paciente renal en la dimensión de higiene y cuidado relacionados con la insuficiencia renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.

Se puede apreciar en la Tabla N° 6, la necesidad sobre la higiene y cuidado relacionados a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2018, donde ha sido desfavorable con 14 (12.4%), con casi desfavorable 18 (15.9%), medianamente favorable 19 (16.8%), con casi favorable 26 (23.0%), y con favorable 36 (31.9%) del total.

**Tabla 7:** Actitudes de los pacientes renales frente a la necesidad de la hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018.

Actitud de los Pacientes renales	N	%
Desfavorable	6	5.3
Casi Desfavorable	7	5.9
Medianamente Favorable	18	15.9
Casi Favorable	35	30.7
Favorable	48	42.2
Total	113	100.0

**Fuente:** Cuestionario del autor



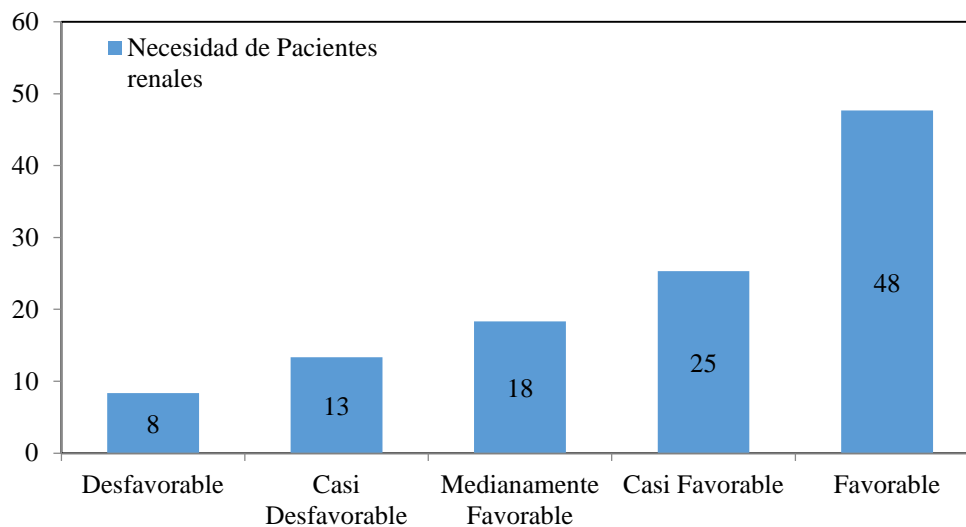
**Gráfico 7:** Actitudes de los pacientes renales frente a la necesidad de la hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018.

Se puede apreciar en la Tabla N° 7, las actitudes de los pacientes renales frente a la necesidad de la hemodialisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2018, donde ha sido desfavorable con 6 (5.3%), con casi desfavorable 7 (5.9%), medianamente favorable 18 (15.9%), con casi favorable 35 (30.7%), y con favorable 48 (42.2%) del total.

**Tabla 8:** Pacientes renales frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018.

Necesidad de Pacientes renales	N	%
Desfavorable	8	7.4
Casi Desfavorable	13	11.8
Medianamente Favorable	18	16.2
Casi Favorable	25	22.4
Favorable	48	42.2
Total	113	100.0

**Fuente:** Cuestionario del autor



**Gráfico 8:** Pacientes renales frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018.

Se puede apreciar en la Tabla N° 8, los pacientes renales frente a la necesidad de hemodialiasis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2018, donde ha sido desfavorable con 8 (7.4%), con casi desfavorable 13 (11.8%), medianamente favorable 18 (16.2%), con casi favorable 25 (22.4%), y con favorable 48 (42.2%) del total.



## 10. ANALISIS Y DISCUSION

Según los resultados de la presente investigación, en la Tabla N° 1, la actitud sobre los síntomas relacionados a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2018, donde fue desfavorable con 9 (8.0%), con casi desfavorable 12 (10.6%), con medianamente favorable 18 (15.9%), con casi favorable 34 (30.1%), y con favorable 40 (35.4%) del total.

En la Tabla N° 2, la actitud sobre las ideas relacionadas a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2016, donde fue desfavorable con 6 (5.3%), con casi desfavorable 4 (3.5%), medianamente favorable 15 (13.3%), con casi favorable 38 (33.6%), y con favorable 50 (44.2%) del total.

En la tabla N° 3, la actitud sobre las posibles causas relacionadas a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2018, donde ha sido desfavorable con 3 (2.7%), con casi desfavorable 4 (3.5%), medianamente favorable 21 (18.6%), con casi favorable 32 (28.3%), y con favorable 53 (46.9%) del total.

El paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento. Conociendo que su enfermedad es crónica toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. (Megenz A.,2003)

Se puede apreciar en la Tabla N° 4, la necesidad sobre el conocimiento relacionados a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2018, donde ha sido desfavorable con 3 (2.7%), con casi desfavorable 12 (10.6%), medianamente favorable 15 (13.3%), con casi favorable 24 (21.2%), y con favorable 59 (52.2%) del total.

En la Tabla N° 5, la necesidad sobre el tratamiento relacionados a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2016, donde ha sido desfavorable con 8 (7.1%), con casi desfavorable

10 (8.8%), medianamente favorable 21 (18.6%), con casi favorable 26 (23.0%), y con favorable 48 (42.5%) del total.

En la Tabla N° 6, la necesidad sobre la higiene y cuidado relacionados a la insuficiente renal en los pacientes del hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2016, donde ha sido desfavorable con 14 (12.4%), con casi desfavorable 18 (15.9%), medianamente favorable 19 (16.8%), con casi favorable 26 (23.0%), y con favorable 36 (31.9%) del total.

Todos los pacientes deben aprender y realizar algunas actividades para cuidar de sí mismos; lo más importante es que las efectúe con las modificaciones que le impone la enfermedad. Como lo importante de cambiar su alimentación, higiene, actividad física. Por lo tanto es importante la necesidad, de que el paciente esté debidamente orientado sobre su enfermedad, esta responsabilidad recae en el personal de salud la enfermera(o), quien debe realizar educación continua al paciente enfocado en su enfermedad y cuidados. (Arquinigo G., 2008)

Se puede apreciar en la Tabla N° 7, las actitudes de los pacientes renales frente a la necesidad de la hemodialisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2016, donde ha sido desfavorable con 6 (5.3%), con casi desfavorable 7 (5.9%), medianamente favorable 18 (15.9%), con casi favorable 35 (30.7%), y con favorable 48 (42.2%) del total.

En todo el proceso de la enfermedad, influye de manera importante la familia, pues como principal ente socializador del individuo, transmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Paralelamente, este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes. (Alvarez W., 2010)

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al

bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad. (Pupiales A., 2012)

En la Tabla N° 8, los pacientes renales frente a la necesidad de hemodialiasis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura durante el año 2016, donde ha sido desfavorable con 8 (7.4%), con casi desfavorable 13 (11.8%), medianamente favorable 18 (16.2%), con casi favorable 25 (22.4%), y con favorable 48 (42.2%) del total.

En los últimos años, el aumento en la sobrevida de los pacientes renales producto del avance tecnológico, los procedimientos dialíticos y de trasplante renal, ha planteado en la mayoría de los países la necesidad de determinar con mucha anticipación los requerimientos de terapias de reemplazo renal en la población, siendo una de ellas la hemodiálisis que aunque no cura, revierte o compensa la pérdida de las actividades endocrina y metabólica de los riñones durante el resto de su vida; es por ello que contribuye en la supervivencia de los pacientes. (Montalvo I., 2012)

## **11. CONCLUSIONES**

- Las actitudes de los pacientes renales frente a la necesidad de la hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018, se obtuvo como resultado en la dimensión de síntomas favorable, en la dimensión de ideas favorable, en la dimensión posibles causas favorable, en modo general fue favorable.
- Los pacientes renales frente a la necesidad de la hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado – Piura, 2018, se obtuvo como resultado en la dimensión de conocimiento favorable, en la dimensión de tratamiento favorable, en la dimensión higiene y cuidado favorable, en modo general fue favorable.

## **12. RECOMENDACIONES**

1. Promover sesiones educativas continuas dentro del ambiente de hemodiálisis en busca de mejorar los conocimientos de los pacientes que acuden en busca de su tratamiento, para motivar al acercamiento enfermera-paciente dentro de los horarios de trabajo en busca de generar vínculos de confianza que generen una interacción permanente en busca de mejorar el autocuidado del paciente en el hogar.
2. Incentivar a los familiares a participar de manera activa en el proceso de autocuidado del paciente y así ayudar a mejorar su calidad de vida.

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aljama P, Arias M, Valderrábano F. (2000) Insuficiencia Renal Progresiva. Madrid: Ed. Grupo Entheos;. p. 29-181.
- Aljama P. y Cols. (2003) Nefrología Clínica. Ed. Médica Panamericana. 2ª edición. España. Cáp. 19,pp: 775-797
- Álvarez W. (2010). Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria. En Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. El Salvador.
- Arenas M, (2006) titulado “Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en Hemodiálisis”
- Arquinigo G. (2008). Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis periódica ESSALUD 2006-2007 [Tesis para grado de magister en enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Avendaño H. (2000) Nefrología Clínica. Ed. Medica Panamericana, 2a edición. Cáp.4 p.159.
- Caballo, V. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos, 2. Madrid, España: Siglo XXI Editores S.A.
- Calvanese N, Feldman L, Weisinger J, (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. Nefrología Latinoamericana, 11(2), 49-63
- Chow, J y L. Bennet. (2001) Herramienta de Valoración Pre-JAPT. Estudio piloto unidad renal Liverpool, Australia. EDTNA/ERCA. Journal, XXVII. Pp.39-44.
- Cieza J. y Loza C. (1996) Evaluación de la calidad del servicio de hemodiálisis según edad y etiología diabética- Lima.

- Contreras y Cols, (2002), realizaron el estudio de investigación titulado “Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Córdoba-España.
- Dunbar-Jacob J, Mortiner-Stephens MK. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology* (54), S56-S60.
- Egido, J., Ortiz, A. (1990) Tratamiento de la nefropatía IgA. *Nefrología* 10 Suppl 5:52
- Espinoza M. (2002) “Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tiene los pacientes colostomizados que asisten a la consulta externa de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. Lima - Perú
- Fernández, M.D. & Díaz, M.A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 129-136.
- Galache A. (2004) Investigación. “Diagnósticos de Enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis” Unidad Nefrología Hospital Virgen de la Vega –Salamanca-España. *Rev. Soc. Española. Enfermería Nefrológica*, vol. 7(3), pp. 158/163
- Gómez, M. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. 150 p.
- Iborra M. (1998). Calidad de vida de los pacientes dializados. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 58 p.
- Landeros y Gallegos C. (2005), publica un estudio “Capacidades de Autocuidado y Percepción de Salud en Adultos con y sin Obesidad” México.
- Magaz A. (2003) Tesis para obtener doctorado. “Efectos psicológicos de la Insuficiencia renal crónica en función de los tratamientos médicos” Bilbao-España. pp 6-13.

- Megenz A. (2003). Efectos psicológicos de la IRC. Diferencias en función de los tratamientos médicos. Universidad Deusto. Bilbao. España
- Ministerio de Salud del Perú. (2015) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
- Ministerio de Salud. (2005) Plan Nacional Concertado de Salud Portal. Disponible en: [bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000\\_PNCS.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000_PNCS.pdf)
- Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2014) La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública. Volumen 23- Semana Epidemiológica N°3- 2014 (Del 12 al 18 de enero de 2014). Pág. 36-30. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
- Montalvo I. (2012). Estado Situacional de los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica y la Aplicación de Diálisis como tratamiento en el Perú. Informe Temático N°07/2012-2013, Área de Servicios de Investigación. Departamento de Investigación y Documentación Parlamentaria. Lima.
- Palma E. (2010) Aprendiendo a vivir con hemodiálisis: Manual de autocuidado para el paciente en hemodiálisis. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Pupiales, A. (2012). Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular. En tesis para optar el título de Médico. Ambato-Ecuador. Universidad Técnica de Ambato.
- Rebollo P. (2000). Factores asociados a la calidad de Vida de los Pacientes en Hemodiálisis relacionados con la salud: Revisión Bibliográfica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. N° 2, Volumen XX, pp.171-181
- Rivera L. (2006), realizó un estudio titulado “Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas” en Bogotá-Colombia.



- Rodríguez J. (2001) Curso Gestión Hospitalaria. Modulo Básico 2º de la Gerencia central de RRHH y Gerencia de Capacitación y Desarrollo. Lima- Lambayeque- Junín-Arequipa, pp 67
- Sellares V. Y Cols. (2002) Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Transplante Renal, Ed. Elsevier-España. Cap.3 pp. 241-299.
- Veronessi M., (2004). “Cumplimiento de las pautas alimentarias en los pacientes con Insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis” Argentina.
- Zanoguera, G. (1998). Calidad de vida en pacientes en Hemodiálisis. Editado Hostal S.A. Nápoles, 249. Barcelona. Sevilla. 480 p.

# **ANEXOS**

## **Anexo 1**

- Instrumentos.

### **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **I. INSTRUCCIONES**

A continuación se presente una serie de enunciados, de los cuales Ud. Deberá marcar la/las alternativas (s) que considere correcta (s) con un aspa o rellenando la respuesta.

Lea cuidadosamente las preguntas presentadas a continuación

Por favor responda lo más sinceramente posible a la respuesta que Ud. Considere correcta.

Adelante...

#### **II. DATOS GENERALES**

##### **Edad:**

35– 45 (...)

46 – 55 años (...)

>56 Años (...)

##### **Sexo**

Femenino (...)

Masculino (...)

##### **Grado de instrucción**

Primaria (...)

Secundaria (...)

Superior (...)

##### **Tiempo que tiene recibiendo Hemodiálisis**

1 año (...)

1 – 3 años (...)

3 – 5 años (...)

5 años (...)

#### **III. CONTENIDO**

##### **1. La función principal que tienen los riñones es:**

- a) Eliminar las heces y la orina
- b) Dirigir y almacenar los alimentos en nuestro organismo
- c) Eliminar sustancias toxicas del organismo por medio de la orina
- d) N.A/NO sabe

##### **2. La insuficiencia Renal Crónico Terminal es:**

- a) Cuando los riñones dejan de funcionar pero se pueden curar

b) Cuando los riñones dejan de funcionar y se necesita un tratamiento que reemplace la función renal.

c) Cuando los riñones dejan de funcionar y no se pueden curar

d) N.A/NO sabe

**3. Las causas más frecuentes de la insuficiencia Renal Crónico Terminal Son:**

a) Accidentes de tránsito

b) Enfermedades como: diabetes y la presión arterial alta

c) Golpes y caídas

d) N.A/NO sabe

**5. El tratamiento definitivo de la Insuficiencia Renal Crónico Terminal consiste en:**

a) Hemodiálisis y dieta

b) Solo hemodiálisis y diálisis peritoneal

c) Diálisis y trasplante renal

d) N.A/NO sabe

**6. La hemodiálisis es un procedimiento que:**

a) Cura a los riñones

b) Limpia la sangre

c) Solo acelera el metabolismo

d) NA/NO sabe

**7. El “Peso Seco” y/o “Peso Ideal” es:**

a) El peso que el paciente ha subido durante los días que no se ha dializado

b) El peso con el que queda el paciente después de la sesión de diálisis donde no presenta edemas ni otras complicaciones.

c) El peso que siempre ha tenido sin estar en diálisis

d) N.A/NO sabe

**8. Respecto a la higiene bucal se recomienda:**

a) Limpieza de la boca “solo” antes de cada comida

b) Utilizar cepillos suaves que no dañen las encías

c) Lavarse los dientes una sola vez al día, para evitar desgaste de los mismos

d) Evitar el uso de enjuagues bucales

**9. Los cuidados de la fistula del paciente con Insuficiencia Renal Crónico Terminal son:**

a) Recostarse sobre el brazo de la fistula al momento de dormir para mantener el brazo más caliente

- b) Extraer sangre o tomar presión arterial en el brazo de la fistula para obtener resultado más exacto
- c) Palpar y observar todos los días la fistula, debiendo avisar cualquier cambio que se te presente
- d) N.A/NO sabe.

**10. Realizar ejercicios de comprensión con una pelota de goma, se recomienda porque:**

- a) Permite un mayor desarrollo de las manos
- b) Disminuye el dolor de la fistula
- c) Ayuda a que la fistula tenga un mejor desarrollo
- d) N.A/NO sabe

**11. Las infecciones del acceso vascular / fistula se deben a:**

- a) Una mala desinfección de la zona de punción
- b) Usar ropa apretada en el área de la fistula
- c) La continua extracción de sangre de la fistula
- d) N.A/NO sabe

**12. Cuantos kilos de peso puede ganar en el periodo interdialítico?**

- a) Menos de 1 kg
- b) De 1 a 3 kg
- c) Más de 3 kg
- d) NA/ NO sabe

**13. Son considerados como “líquidos” y/o que los contienen:**

- a) Papa, plátano, agua.
- b) Gelatina, sopa, mazamoras.
- c) Habas, menestras, frutas.
- d) NA/NO sabe.

**14. Usted cree que la disminución de la cantidad de líquidos que toma diariamente:**

- a) Le ayuda a disminuir las náuseas y vómitos.
- b) Le sirve para que funcionen mejor los riñones.
- c) Evita la acumulación de líquido en el cuerpo.
- d) NA/NO sabe.

**15. Los motivos por los cuales usted debe acudir urgentemente al servicio de nefrología son:**

- a) Sangrado.
- b) Signos inflamatorios de la fistula (rojo, calor, dolor)

- c) Ausencia de la vibración de la fistula                      d) Todas las anteriores

**16. Se recomienda tomar medicamentos para:**

- a) Curar a los riñones.    b) Disminuir la hinchazón del cuerpo.  
c) Manejar las complicaciones de la Insuficiencia Renal.                      d) NA/ NO sabe.

**17. Marque las complicaciones de la Insuficiencia Renal Crónico Terminal que Ud. Conoce:**

- a) Presión alta (...)    b) Anemia (...)  
c) Infecciones de la fistula (...)                      d) Infecciones urinarias (...)  
e) Sabor amargo de boca (...)                      f) Gastritis y/o úlceras (...)  
g) Hemorragias (...)    h) Encefalopatía Urémica (...)  
i) Osteodistrofia Renal (...)                      j) Pericarditis (...)  
k) Otros (...)    Especifique: .....

**18. La anemia se produce por:**

- a) La disminución de la producción de una sustancia en el riñón.  
b) Herencia.    c) Ingerir muchos líquidos.                      d) NA/NO sabe.

**19. La presión Alta se produce por:**

- a) Baja de peso entre diálisis.    b) Tomar bajo en sal en las comidas.  
c) Comer comida con sal.    d) NA/NO sabe.

**20. El mal sabor de boca en pacientes sometidos a Hemodialisis se debe a:**

- a) No lavarse la boca.    b) La acumulación de urea en sangre.  
c) La disminución de la hormona “eritropoyetina”.                      d) NA/NO sabe.

<b>Síntomas de IRC</b>	<b>Desfavorable</b>	<b>Casi Desfavorable</b>	<b>Medianamente Favorable</b>	<b>Casi Favorable</b>	<b>Favorable</b>
Sensación de mareo					
Nauseas					
Sensación de falta de aire					
Pérdida de peso					
Fatiga					
Cansancio					
Hinchazón de ojos					
Debilidad					
Malestar de estomago					
Dolor de cabeza					
Alteración del sueño					
Pérdida de fuerza					
Disminución del deseo sexual					
Impotencia					
Taquicardia					
Fiebre					
Palidez					
Calambres					
Picores y piel seca					
Dolores articulares					
Dolores musculares					
Dolor lumbar (de riñones)					
Dolor de pecho					
Ansiedad					
Depresión					

<b>Ideas de IRC</b>	<b>Desfavorable</b>	<b>Casi Desfavorable</b>	<b>Medianamente Favorable</b>	<b>Casi Favorable</b>	<b>Favorable</b>
Mi IRC durará poco					
Mi IRC es una enfermedad permanente					
Mi IRC durará mucho tiempo					
Mi IRC se pasará pronto					
Yo creo que padeceré IRC por el resto de mi vida					
Mi enfermedad es seria					
Mi IRC tiene consecuencias importantes en mi vida					
Mi IRC no afecta mucho a mi vida					
Mi IRC afecta fuertemente la manera en que otros me ven					
Mi IRC me supone serias consecuencia económicas					
Mi IRC causa dificultades a aquellos que están cerca de mi					

Yo puedo hacer mucho para controlar los síntomas de mi IRC					
Lo que yo haga puede determinar que mi IRC mejore o empeore					
La evolución de mi IRC depende de mi					
Nada de lo que yo haga afectará a mi enfermedad					
Tengo el poder de influir en mi IRC					
Mis comportamientos no afectarán el curso de mi IRC					
Mi IRC mejorará con el tiempo					
Hay pocas cosas que se puedan hacer para mejorar mi IRC					
Mi tratamiento será eficaz para curar mi IRC					
Los efectos negativos de mi IRC se pueden prevenir con el tratamiento					
Mi tratamiento puede controlar mi IRC					
No hay nada que me pueda ayudar en mi IRC					
Para mi, los síntomas de mi IRC son					
Para mi, mi IRC es un misterio					
No entiendo mi IRC					
Mi IRC no tienen ningún sentido para Mí					
Tengo una imagen clara o comprensión global de mi IRC					
Los síntomas de mi IRC cambian de forma significativa de un día para Otro					
Mis síntomas vienen y se van por ciclos					
Mi IRC es muy impredecible					
Mi IRC va mejor o peor por temporadas					
Me deprimó cuando pienso en mi IRC					
Me disgustó cuando pienso en mi IRC					
Mi IRC hace que me sienta enfadado					
Mi IRC no me preocupa					
Tener IRC hace que me sienta ansioso					
Mi IRC hace que me sienta asustado					

Posibles causas de la IRC	Desfavorable	Casi Desfavorable	Medianamente Favorable	Casi Favorable	Favorable
Estrés o preocupaciones					
Herencia					
Gérmenes o virus					
Dieta o hábitos alimenticios					
Casualidad o mala suerte					
Escaso cuidado médico en el pasado					
Polución en el ambiente					
Hábitos de conducta poco adecuados					
Actitud mental muy negativa					
Problemas familiares o preocupaciones					
Exceso de trabajo					



Estado emocional propicio; ej, depresión, soledad, angustia					
Envejecimiento					
Consumo de alcohol					
Tabaquismo					
Un accidente o trauma físico					
La personalidad					
Alteración del sistema inmune					
Uso de drogas ilegales					

**Gracias por su colaboración!**

## **Anexo 2**

### **DERECHOS DE AUTORIDAD Y DECLARACION DE AUTENTICIDAD**

Quien suscribe, **Espinoza Hidalgo, Carmen Lucia**, con documento de identidad N° 02779260 autora de la tesis titulada “Actitud del paciente renal frente a la necesidad de hemodiálisis como parte de su tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui Delgado- Piura, 2018.” y a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el reglamento de grados y títulos de la universidad San Pedro, declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis es de mi autoría. Por lo tanto, a la universidad San Pedro la facultad de comunicar, divulgar, publicar y reproducir parcial totalmente la tesis en soportes analógicos o digitales, debiendo indicar que la autoría o creación de la tesis corresponde a mi persona.
2. He respetado las normas internacionales de cita y referencia para las fuentes consultadas, establecidas por la Universidad San Pedro, respetando de esa manera los derechos de autor.
3. La presente tesis no ha sido publicada ni presentada con anterioridad para obtener grado académico título profesional alguno
4. Los datos presentados en los resultados son reales; no fueron falseados, duplicados ni copiados; por lo tanto, los resultados que se exponen en la presente tesis se constituirán en aportes teóricos y prácticos a la realidad investigada.
5. En tal sentido de identificarse fraude plagio, auto plagio, piratería o falsificación asumo la responsabilidad y las consecuencias que de mi accionar deviene, sometiéndome a las disposiciones contenidas en las normas académicas de la universidad san pedro.



## UNIVERSIDAD PRIVADA "SAN PEDRO"

TÍTULO "ACTITUD DEL PACIENTE RENAL FRENTE A LA NECESIDAD DE HEMODIALISIS COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO – PIURA 2018"

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

[illegible]





# UNIVERSIDAD PRIVADA "SAN PEDRO"

TITULO "ACTITUD DEL PACIENTE RENAL FRENTE A LA NECESIDAD DE HEMODIALISIS COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO – PIURA 2018"

## FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20					Regular 21 - 40					Buena 41 - 60					Muy Buena 61 - 80					Excelente 81 - 100					OBSERVACIONES
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100					
ASPECTOS DE VALIDACION	Esta formulado con un lenguaje apropiado.																										
	Esta expresado en conductas observables.																										
1. Claridad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación.																										
2. Objetividad	Existe una organización lógica entre sus ítems.																										
3. Actualidad	Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad.																										
4. Organización																											
5. Suficiencia																											





# UNIVERSIDAD PRIVADA "SAN PEDRO"

TITULO "ACTITUD DEL PACIENTE RENAL FRENTE A LA NECESIDAD DE HEMODIALISIS COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO – PIURA 2018"

## FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

FORMA DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO: COPIA DEL ROSTRO																											
Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20					Regular 21 - 40					Buena 41 - 60					Muy Buena 61 - 80					Excelente 81 - 100					OBSERVACION
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	100					
ASPECTOS DE VALIDACION		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96						
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado.	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100						
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables.																										
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación.																										
4. Organización	Existe una organización lógica entre sus ítems.																										
5. Suficiencia	Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad.																										





